نظریه های مُشاوره

(دیدگاههای مُشاوره)

نوشتهٔ

لوئیس شیلینگ

ترجمهٔ

دکتر سیده خدیجه آرین

استادیار دانشگاه علامه طباطبائی



نظریه‌های مُشاوره

(دیدگاههای مُشاوره)

نظریه‌های مُشاوره

(دیدگاههای مُشاوره)

نوشتهٔ

لوئیس شیلینگ

ترجمهٔ

دکتر سیدهٔ خدیجه آرین

استادیار دانشگاه علامه طباطبائی



انتشارات اطلاعات

تهران - ۱۳۹۰

سرشناسه: شیلینگ، لوئیس Shilling,Louis E.
عنوان ونام پدیدآور: نظریه‌های مشاوره (دیدگاههای مشاوره) /نوشتهٔ لوئیس شیلینگ؛ ترجمهٔ خدیجه آرین
وضعیت ویراست: [ویراست ۲]
مشخصات نشر: تهران: اطلاعات، ۱۳۸۲
مشخصات ظاهری: ۳۸۲ص.: مصور، نمودار، جدول
شابک: 978-964-423-510-8
یادداشت: عنوان اصلی: Perspectives on counseling theories
یادداشت: چاپ نهم: ۱۳۹۰ (فیپا)
یادداشت: کتابنامه: ص. [۳۶۱] ـ ۳۸۲
عنوان دیگر: دیدگاههای مشاوره
موضوع: روان‌درمانی
موضوع: مشاوره
شناسه افزوده: آرین، خدیجه، ۱۳۳۳ ـ ، مترجم
شناسه افزوده: مؤسسه اطلاعات
رده‌بندی کنگره: ۱۳۸۲ ۶ن۹ش /RC ۴۸۰
رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴
شماره کتابشناسی ملی: ۴۵۵۵ ـ ۸۲م



انتشارات اطلاعات
تهران: خیابان میرداماد، خیابان نفت جنوبی، روزنامه اطلاعات، شماره پستی ۱۵۴۹۹۵۳۱۱۱
تلفن: ۶ـ۲۹۹۹۳۴۵۵ تلفن دفتر توزیع و فروش: ۲۹۹۹۳۲۴۲
فروشگاه مرکزی: بزرگراه حقانی، روبروی ایستگاه مترو، ساختمان روزنامه اطلاعات، تلفن: ۲۹۹۹۳۶۸۶
فروشگاه شمارهٔ (۱): خیابان انقلاب اسلامی، روبروی دانشگاه تهران، تلفن: ۶۶۴۶۰۷۳۴

نظریه‌های مشاوره (دیدگاههای مشاوره)
نوشتهٔ لوئیس شیلینگ **ترجمهٔ دکتر سیده خدیجه آرین**

حروف‌نگاری، چاپ و صحافی: مؤسسه اطلاعات

چاپ اول: ۱۳۷۲ چاپ نهم: ۱۳۹۰ شمارگان: ۲۱۰۰نسخه
قیمت: ۴۰۰۰ تومان

شابک: ۸ـ۵۱۰ـ۴۲۳ـ۹۶۴ـ۹۷۸ **ISBN: 978-964-423-510-8**

تقدیم به:

همسرم

فهرست مطالب

پیشگفتار چاپ چهارم

واقعیت این است که درمیان کتابهای نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی که مکاتب و دیدگاه‌های مختلف را از یك بعد تحلیلی مورد توجه قرار داده‌اند، کتاب حاضر مورد توجه بوده و از امتیازات زیادی برخوردار است و به همین دلیل به‌عنوان یکی از کتب اصلی رشته مشاوره و روان‌درمانی مورد استفاده و استقبال اساتید، دانش‌پژوهان و دانشجویان قرار گرفت و موجب شد تا به طور مکرر تجدید چاپ شود.

اظهارنظرهای دانشجویان، همکاران و خوانندگان این کتاب در چند سال گذشته جمع‌آوری و در بازخوانی کلی کتاب مورد استفاده قرار گرفت.

از همین رو امتیاز چاپ حاضر با دفعات قبل در این است که برخی عبارات و ترجمه‌ها مورد تجدیدنظر قرار گرفت و عبارات روانتر جایگزین گردید. همچنین واژه‌ها و معادل‌های تخصصی نیز مورد بازبینی قرار گرفت و در مواردی که نیاز به اصلاحات داشت تغییرات لازم صورت گرفت.

امیدوارم که باتلاش به عمل آمده کتاب حاضر بتواند مورد استفاده بیشتری قرار گیرد و رضامندی خوانندگان را بیش از پیش فراهم آورد. در عین حال مترجم خود را از

هر گونه اظهارنظر بی‌نیاز نمی‌داند. لازم است از کارکنان انتشارات مؤسسه اطلاعات به خاطر انجام اقدامات کلی سپاسگزاری نمایم.

سیده خدیجه آرین

فروردین ۱۳۸۲

پیشگفتار مترجم

نظر به اینکه رشته مشاوره بعد از یك دوره فترت دوباره توجه روزافزونی را به خود جلب کرده و می‌رود تا ضمن پیدا کردن جایگاه واقعی خود، به عنوان روشی برای درمان بسیاری از ناهنجاریها و اختلالات رفتاری اقشار مختلف مردم مورد استفاده بیشتر واقع شود. بنابراین لزوم مطالعه و دقت در نظریه‌پردازان مشاوره و تکنیك‌های آن و همچنین متون جدید منتشره در این خصوص، بیش از پیش اهمیت پیدا می کند. اینجانب به عنوان کسی که سالها این واحد درسی را تدریس نموده و کار عملی مشاوره را تجربه کرده‌ام، کتاب حاضر را یکی از متون بسیار جالب و خواندنی یافتم که دارای نکات مثبت و متمایزی است که به چند مورد آن ذیلاً اشاره می کنم. امیدوارم دانشجویان دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد رشته مشاوره با دریافتی جدید از نظریه‌های مشاوره آشنا شوند و در عین حال نیز دانشجویان دیگر رشته‌های وابسته و کلیه کسانی که عملاً مشاوره را تجربه می کنند و نیز سایر علاقه‌مندان به اینگونه متون نیز از آن استفاده ببرند.

۱. هر مشاوری می‌بایست نظریه یا دیدگاه خاص خود را داشته باشد و ضمناً از نقطه نظرات دیگران نیز مطلع باشد. نظریه یعنی چارچوبی که مشاور در آن به طور منظم کار می کند و بدان وسیله بر بعضی از مطالب تأکید و بعضی دیگر را نادیده می گیرد. این کتاب

نقطه نظرات افراد مختلف را در این مورد بیان می‌دارد (۹ نظریه).

۲. دکتر شیلینگ با دیدی روشن بدون هر نوع تعصب قومی، نژادی، فرهنگی و جنسی سعی در معرفی این نظریه‌ها دارد.

۳. هر فصل اختصاص به یك نظریه دارد که علاوه بر تشریح نظریه به ابتکار نویسنده، سه بخش دیگر تحت عناوین واژه‌نامه، پژوهش و ارزیابی برای درك بهتر خواننده گنجانده شده است. در بخش واژه‌نامه نویسنده قبل از معرفی هر نظریه واژه‌های مورد استفاده را جدا کرده و در این قسمت به طور مستقل تعریف می‌نماید. این کار به خواننده کمك می‌کند تا قبل از مطالعه هر نظریه با کلمات و واژه‌های کلیدی آن آشنا شود و در هنگام مطالعه هر نظریه سؤال یا مشکل کمتری داشته باشد. بعد از معرفی هر نظریه در بخش پژوهش به تحقیقات و پژوهشهایی اشاره می‌کند که در هر مورد انجام گرفته و جزئیات و نتایج هر پژوهش را ذکر می‌کند. در پایان هر فصل بخشی تحت عنوان ارزیابی آمده است که در آن نویسنده نقاط ضعف و قوت آن نظریه را با توجه به دلایل و شواهد جمع‌بندی کرده، آن را نقد می‌نماید. به این ترتیب نویسنده هر نظریه را نه تنها توضیح می‌دهد بلکه آن را با شیوه‌ای موشکافانه مورد ارزیابی و نقد قرار می‌دهد و این ویژگی کتاب آن را از سایر متون مشابه متمایز می‌کند. مجموعه مطالب هر فصل به خواننده کمك می‌کند تا دید روشن، واقع‌بینانه و منطقی از هر نظریه داشته باشد.

نویسنده در ابتدای کتاب بر این نکته تأکید می‌کند که واژه‌هایی مانند نظریه، الگو یا رویکرد واژه‌های مناسبی نیستند. آنچه که ما نظریه اطلاق می‌کنیم، نقطه‌نظر است. او مناسب‌ترین واژه را دیدگاه می‌داند و کتاب با این اظهارنظر به پایان می‌رسد که فروید ما را از عصر حجر بیرون آورد و به قرون وسطی رسانید. راجرز ما را از قرون وسطی به زمان حاضر آورد و کارخوف ما را به سوی آینده هدایت می‌کند.

در پایان از کلیه کسانی که در مؤسسهٔ اطلاعات در امر طبع و نشر این کتاب و کتاب قبلی[1] اینجانب زحمت وافر کشیده‌اند تشکر می‌کنم؛ و همچنین از همسرم که به ویژه

۱. بازی درمانی.

مشوق اینجانب بود صمیمانه سپاسگزارم. امیدوارم که این کار ناچیز به عنوان خدمتی برای دانش‌پژوهان این رشته مقبول افتد.

سیده خدیجه آرین

استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

پیشگفتار

خواندن کتابی دربارهٔ نظریه‌های مشاوره، که هم حاوی نکات نظری و هم عملی باشد فرصت نادر و کمیابی به شمار می‌رود. دکتر شیلینگ[1] در این کتاب از روش معمول و بی حاصل در ارائه مطالب، دوری جسته و مباحث خود را شامل مشاهدات و تجربیات شخصی می‌نماید.

این کتاب فصول بسیار خوبی در مورد رویکرد[2] آدلر و کارخوف در مشاوره دارد. این مطالب بندرت در اغلب کتابهای درسی نظریه‌های مشاوره پیدا می‌شود.

دکتر شیلینگ در هر فصلی، بخشی را به آموزش مشاور اختصاص می‌دهد و هر رویکردی را با یك مورد پژوهی شرح می‌دهد. در مقدمه موضع روشنی اتخاذ می‌گردد که در آن تفاوتهای بنیادی بین مشاوره[3] و روان‌درمانی[4] را به شکل اجمالی بیان می‌کند. مشاوره برای فرهنگهای مختلف بندرت در کتابهای درسی سنتی گنجانده می‌شود. بزرگترین سرمایه‌ای که یك مشاور همراه خود به رابطه یاری‌دهنده می‌برد، شخصیت

---

1. Dr. Shilling
2. approach
3. counseling
4. psychotherapy

خودش است. دکتر شیلینگ به این دلیل قابل تحسین و تقدیر است که او در این کتاب بخشهایی را به مشاور به عنوان یك انسان اختصاص داده و همچنین در این بخشها ویژگی‌های حال و آینده مشاورانی را که قصد خدمت دارند و روشهای معمول مشاوره را کنار گذاشته و در پی تسهیل رشد افراد بر آمده‌اند، را بیان نموده است.

من به عنوان مشاور تربیتی این شیوه برخورد نو، جامع و در عین حال فشرده و مختصر با نظریه‌های مشاوره را بشدت توصیه می کنم. خواننده از شیوه‌ای که مفهوم سنتی و همچنین مفهوم جدید کمك کردن را با شیوهٔ بی‌نظیری ارائه کرده است، هم لذت می‌برد و هم آن را تحسین می کند.

کلیفتون تی اسپارکس

PH.D، پروفسور، مشاور تربیتی رئیس دانشکده علوم تربیتی

دانشگاه زنان - تگزاس[1]

1. Clifton T. Sparks, Ph. D, professor, counselor education Dean of college of Education Texas Woman's university

دیباچه

این کتاب قرار است به عنوان اولین کتاب یکی از واحدهای درسی دورهٔ کارشناسی ارشد یعنی «نظریه‌های مشاوره» در نظر گرفته شود. مطالب کتاب طوری مدون شده که یا نیازی به اطلاعات قبلی دربارهٔ مشاوره ندارد و یا پیش نیاز کمی را طلب می کند و هدف آن بررسی کلی مهم‌ترین نهضت‌ها، رویکردها و دیدگاههای این رشته است که به نظر من حایز اهمیت می‌باشد. مطالب به هیچوجه خسته کننده نیستند چه از لحاظ دیدگاههای ارائه شده، و چه از لحاظ جزئیات و عمق مطالب در هر یك از آنها. قصد ندارم و نداشتم که مطالب را به صورت خام و اولیه آن ارائه دهم، اظهارنظرها در ابتدا و انتهای هر فصل و همچنین سازماندهی فصول، متعلق به اینجانب است؛ و تقریباً بقیه مطالب نیز مربوط به خودم است که در آن افکار و عقاید دیگران را بازگو می کنم. امیدوارم نتیجهٔ این کار تصویر روشنی را از نُه نظریه عمده وبرجسته در مشاوره به دست دهد. تصویری که به وسیله ذهن من گرفته شده اما به وسیله ذهن شمای خواننده به تصویر کشیده می‌شود.

من نیز مانند بسیاری از نویسندگان سالهای اخیر با مشکل جنسیت و نژادپرستی دست و پنجه نرم کرده‌ام. کاملاً و به صورت تغییر ناپذیری مخالف با دخالت جنسیت یا نژاد در هر صورت آن هستم. اما در عین حال مدیون شما خوانندگان نیز می‌باشم، تا مطالب را واضح و روشن بیان نمایم. در مواقعی که امکان داشته است از بکار گرفتن ضمایر عام

خودداری کرده‌ام مگر در مواردی که برای روشن کردن مفهوم یك مطلب به آن نیاز داشته‌ام مطالب این کتاب به صورت زیر منظم شده است. به طور کلی رئوس مطالب فصلهای مربوط به نظریه‌ها به شرح زیر است.

۱. تحول تاریخی[1]

زمینه شخصی[2]

زمینه نظری[3]

۲. نظریه شخصیت[4]

تعریف واژه‌ها[5]

ماهیت انسان[6]

ساختار شخصیت[7]

رشد شخصیت[8]

رشد رفتار ناسازگار[9]

۳. نظریه مشاوره[10]

دلیل تغییر[11]

فرایند مشاوره[12]

اهداف مشاوره[13]

1. historical development
2. personal background
3. theoretical background
4. theory of personality
5. difinition of terms
6. view of human nature
7. structure of personality
8. Aevelopment of personality
9. development of maladaptive behavior
10. theory of counseling
11. rationale for change
12. process of counseling
13. goals of counseling

آموزش مشاور[1]

کارکرد مشاور[2]

۴. تمرین مشاوره[3]

تکنیک‌های عمده[4]

پارامترهای درمان[5]

موردپژوهی[6]

کاربرد[7]

۵. نقد[8]

پشتوانه پژوهشی[9]

ارزیابی[10]

به غیر از رئوس مطالبی که ذکر شده، پنج موضوع دیگر نیز در این کتاب مطرح شده است.

۱. به فصلهای مربوط به روانکاوی، مراجع محوری و رشد منابع انسانی (HRD) یك بخش اضافه شده است. با عنوان: «وضع کنونی این نظریه‌ها». دلیل من برای افزودن این بخش این است که معتقدم این نظریه‌ها به صورتی که امروز به کار می‌روند با شکل اولیه خود متفاوتند و نیازمند به تطبیق با زمان حاضر هستند البته منظورم این نیست که بقیه نظریه‌ها به رشد خود ادامه نداده‌اند.

۲. یکی دیگر از موضوعاتی که جدا از رئوس مطالب ذکر شده است فصل رفتار-

1. training of the counselor
2. function of the counselor
3. practice of counseling
4. major techniques
5. treatment parameters
6. case study
7. applications
8. critique
9. research support
10. evaluation

درمانی می‌باشد که در آن بخش زمینه شخصی (شرح حال) وجود ندارد زیرا هیچ فردی به طور اخص مسئول ارائه این نظریه نیست.

۳. فصل روانکاوی که در آن اصطلاح درمانگر به جای مشاور به کار رفته است. زیرا کمتر روانکاوی خود را مشاور می‌داند.

۴. برای هر نظریه یك مورد پژوهی نیز آورده شده است اما همه آنها متن نمونه و استاندارد نیستند زیرا نمونه‌های مناسب در دسترس نبودند.

۵. ترتیب ارائه دیدگاهها بشدت ابعاد بینشی و عملی را دنبال می کند به گونه‌ای که فکر می کنم هر بخشی مجموعهٔ بسیار مؤثری از بینش و عمل است.

من نمی‌توانم مطالب خود را به اتمام برسانم بدون آنکه از کسانی که به من مجال داده و یا مرا مجبور به این کار کرده‌اند، یاد نکنم عمیق‌ترین قدردانی من در ابتدا از آن متفکرانی است که این نظریه‌ها از آن آنهاست و من آنها را انتخاب کرده و دربارهٔ آنها نظر داده‌ام. از دانشجویانم تشکر می کنم که با سؤالات جستجوگرانهٔ خود مرا وادار به تعمّق کرده‌اند و از مراجعانم که نیاز دارند بدانند که من می‌توانم آنچه را که آنها احتیاج دارند ارائه دهم. به معلمانم که ذهن مرا نسبت به نظریه‌های جدید روشن ساخته‌اند و همه دوستان و همکارانم که تشویق آنها به من کمك کرد تا این کار را ادامه دهم، و همچنین از دکتر جروم بی کاتس[1] از مؤسسه روانکاوی توپیکا[2] که به من در پیداکردن بسیاری از اطلاعات کمك کرد.

1. Jerome B. Katz MD
2. Topeka Institute for Psychoanalysis

فصل اول

مقدمه

مشاوره یا روان درمانی

کوششهایی که برای تمیز بین مشاوره و روان درمانی صورت گرفته، کاملاً موفق نبوده است. بعضی فکر می کنند که مرزبندی این دو ضروری نیست و برخی دیگر آن را ضروری و اساسی می‌دانند. بعید است که یك کارشناس ارشد مشاوره، خود را روان‌درمانگر بداند و حتی احتمال اینکه به او اجازه داده شود تا به عنوان یك روان‌درمانگر کار کند نیز ضعیف است. بسیاری از روان‌شناسان و روانپزشکان علاقه ندارند که آنها را مشاور خطاب کنند. اما هنگامی که کار مشاوره توضیح داده می‌شود آنها اعتراف می کنند که در برخی از روشها یکسان عمل می کنند. آنچه که به این مشکل می‌افزاید افزایش مشاوران جدیدی است که برخی از آنها عبارتند از مشاوران اتومبیل‌های دست دوم، مشاور املاك، مشاوران سرمایه گذاری و مشاوران عزاداری و غیره.

آیزنگ[1] ۱۹۶۱ تلویحاً روان‌درمانی را به عنوان یك فن ناشناخته که برای حل

---

1. Eysenck

مشکلات نامشخص و با نتایجی غیرقابل پیش‌بینی به کار می‌رود تعریف نمود که برای این تکنیك آموزش بسیار سخت و دشواری توصیه شده است.

ولبرگ[1] ۱۹۶۷به گونه‌ای جدی روان‌درمانی را به عنوان «درمان مشکلات هیجانی با استفاده از ابزار روانشناختی» تعریف نمود که در آن یك شخص آموزش دیده تعمداً یك رابطه حرفه‌ای را با توجه به اهداف زیر با بیمار خود برقرار می‌سازد:

الف. برطرف کردن، تغییر دادن یا به تأخیر انداختن نشانه‌های بیماری.

ب. میانجیگری در الگوهای آشفته رفتار.

ج. ارتقای رشد و تکامل شخصیت مثبت.

تیلر[2] می‌گوید «مشاوره واژه‌ای است که هر کس آن را می‌فهمد اما هیچ دو نفری آن را یکسان درك نمی‌کنند. حتی میان کسانی که حرفه مشاوره دارند گرچه توافق وجود دارد، اما اجماع در بین آنها نیست. انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA)[3] که بخش ذیربط انجمن راهنمایی و نیروی انسانی آمریکا (APGA)[4] است. مشاوره را به عنوان یك رابطه محرمانه، مقبول، بدون ارزشیابی، مجاز و رودررو تعریف می‌کند که در آن مشاور معلومات و توانایی‌های خود را به کار می‌برد تا به شاگردان کمك کند تا مسائل و مشکلات خود را به طریق بهتری حل کنند درحالی که شاگردان در حالت عادی و بدون کمك مشاور با رضایت کمتری آنرا حل می‌کنند. (لافری[5]، استریپلینگ[6] و فیتز جرالد[7]، ۱۹۶۵، صفحه ۹۹) در سال ۱۹۸۰ کمیسیون اعطای گواهینامه (APGA) قوهٔ مقننه را تشویق نمود که به مشاوران برای انجام مشاوره‌های خصوصی گواهینامه بدهد. کار مشاوره در چارچوب مفاد این لایحه بدین صورت تعریف می‌شود... کاربرد روشهای مشاوره ودیگر

1. Wolberg
2. Tyler
3. The American School Counselor Association (ASCA)
4. The American Personel and Guidance Association (APGA)
5. Loughary
6. Stripling
7. Fitzgerald

رشته‌های وابسته به علوم رفتاری که به فرد کمک می کند و به او می آموزد تا مشکلات خود را حل کرده و تصمیم گیری‌های شغلی، حرفه‌ای، در رابطه با رشد شخصی، ازدواج و یا دیگر مسائل مربوط به روابط بین فردی اتخاذ نماید. کمیته صدور گواهینامه «انجمن مشاوران بهداشت روانی آمریکا» (AMHCA)[1] مشاورهٔ تخصصی را به این صورت تعریف نمود. فرایند کمك به افراد یا گروهها از طریق رابطه یاری‌دهنده به منظور نیل به بهداشت روانی مطلوب از طریق سازگاری و رشد شخصی و اجتماعی به منظور جلوگیری از آثار تضعیف کننده برخی اختلالات جسمانی و هیجانی درون فردی[2] و میان فردی[3] (۱۹۷۹، صفحات ۲۴ـ۲۳) بخش روانشناسی مشاوره «انجمن روان‌شناسان آمریکا»[4] (APA) در سال ۱۹۶۸ مشاوره را به عنوان کار با افراد یا گروههایی که نگرانی‌های شخصی، اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای دارند تعریف نمود. بنابراین به طور خلاصه تعاریف مشاوره انجمن راهنمایی و نیروی انسانی آمریکا (APGA) و انجمن روان‌شناسان آمریکا کاملاً شبیه به هم است. هردو یك مشاور آموزش‌دیده را کسی می‌دانند که با نگرانی‌ها، تضادها و اضطرابهای مربوط به تصمیم گیری‌های شخصی اجتماعی و تربیتی سروکار دارد.

تفاوتهای احتمالی بین مشاوره و روان‌درمانی

بنابراین آیا تفاوتی بین مشاوره و روان‌درمانی وجود دارد؟ کوشش برای پاسخ نهایی به این سؤال با موفقیت کمی روبرو بوده است. برومر و شوستروم[5] (۱۹۷۷) اظهار داشتند که مشاوره و روان‌درمانی هر دو در دو سوی انتهایی یك خط قرار دارند براین اساس می توان اهداف، مراجعان، شاغلان به این کار و روشهای دو خدمت مشاوره و روان‌درمانی را از یکدیگر متمایز ساخت.

1. American Mental Health Counselor's Association (AMHCA)
2. Intra personal
3. Inter personal
4. American Psychological Association (APA)
5. Brammer and Shostrom

هدفها هان[1] و مك‌لین[2] (۱۹۵۵) اظهار داشتند که مشاوره حالت پیشگیری دارد و روان‌درمانی با درمان سروکار دارد. مشاوره بیشتر با درماندگی‌های موقعیتی سروکار دارد. درحالی که روان‌درمانی با تغییر سازمان شخصیت سروکار دارد. البته مراجعی که نیاز به تغییر سازمان شخصیت دارد احتمالاً ممکن است به کمك‌هایی در زمینه درماندگی موقعیتی نیز نیازمند باشد.

مراجعان کوششهایی در زمینه متمایز کردن مشاوره از روان‌درمانی بر اساس عملکرد مراجع صورت گرفته است: اینکه مشاوران با افراد طبیعی سروکار دارند در حالیکه روان درمانگران با افراد نوروتیك (روان نژند) و سایکوتیك (روان پریش) سروکار دارند. اگرچه چنین تفاوتهائی، سابقاً عادی و معمول بود ولی حالا دیگر این طور نیست. زیرا این عنوانها یعنی طبیعی، روان‌نژند و روان‌پریش تا حدی معانی و سودمندی خود را برای تفکیك این دو از دست داده‌اند.

مشاوران یا درمانگران می توان این طور بیان کرد که در سطحی بالاتر، مشاور و درمانگرِ خوب آموزش‌دیده‌و تربیت شده هیچ فرقی با یکدیگر ندارند. هر دو تعلیمات اساسی در زمینه نظریه شخصیت، آسیب‌شناسی روانی و روشهای پژوهش، مصاحبه و تست را دیده‌اند. هر دو علاوه بر تجارب مربوط به دروس عملی یك تا دو سال دوره کارآموزی را گذرانده‌اند و هر دو دارای درجه دکترا می‌باشند. در سطحی پایین‌تر، درمانگر معمولاً دارای درجه کارشناسی ارشد در مددکاری اجتماعی یا روان‌شناسی (بالینی یا تربیتی) می‌باشد و یك مشاور در این سطح دارای درجه کارشناسی ارشد در مشاوره و راهنمایی است. مشاوران، و درمانگرانی که در سطح کارشناسی ارشد کار می کنند معمولاً سی تا چهل واحد درسی دانشگاهی را می گذرانند که شامل یك یا دو درس کار - عملی است. بنابراین تفاوت میان شاغلان در این رشته ممکن است کم یا زیاد باشد.

محل کار زمانی بود که درمانگران بیشتر در مراکز بهداشت روانی و یا مطب‌های

1. Hahn
2. Maclean

خصوصی، کار می کردند درحالی که مشاوران غالباً در مکانهای آموزشی به کار اشتغال داشتند. اخیراً این وجه تمایزها از میان رفت. در حال حاضر مشاوران در بیمارستانها، مراکز بهداشت روانی مراکز توانبخشی، مؤسسات تأدیبی، مراکز مخصوص افرادی که مورد بهره کشی قرار گرفتند، دادگاهها، خانه‌های نوجوانان، دفاتر مشاوره خانوادگی، مراکز بحرانهای خانوادگی کار می کنند. در عین حال که ایالتهای بسیاری قوانین مربوط به صدور پروانه و جواز کار مشاوران را می گذرانند، مشاوران بیشتری نیز جذب کارهای خصوصی می‌شوند. شروط مربوط به گرفتن پروانه کار مشاوره بسیار بیشتر و سخت‌تر از گرفتن درجه کارشناسی ارشد می‌باشد. امروزه مدارس دولتی و دانشکده‌های بسیاری سعی در استخدام روان‌شناسان و روان‌درمانگران دارند.

روشها در مورد روشهای مشاوره نیز اشتراکات آنقدر زیاد است که تفاوتها را کمرنگ می کند و یا آنها را به کلی از بین می‌برد. اما به هرحال مشاوره دارای ویژگی‌هایی می‌باشد که عبارتند از: درمان کوتاه‌مدت، استفاده بیشتر از آزمونهای روانشناختی، توجه بیشتر به مشکلات روزمره، تأکید بر فعالیت‌های آگاهانه نظیر تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات، و بالاخره تأکید بیشتر بر پویایی‌های میان فردی است تا درون فردی.

خلاصه

بنابراین مشاوره و روان‌درمانی را می توان براساس موارد زیر از یکدیگر متمایز ساخت. **اهداف** (مشاوره: درماندگی‌های موقعیتی[1]؛ روان‌درمانی: سازماندهی مجدد شخصیت)؛ **حرفه یا شغل** (بیشتر مشاوران در سطح کارشناسی ارشد تربیت می‌شوند، درحالی که بیشتر روان درمانگران در سطح دکترا؛ **روش تحقیق** (مشاوره معمولاً با حل مشکلات و تصمیم گیری‌ها سروکار دارد درحالی که روان‌درمانی پویایی‌های درون روانی[2] را مواجهه می کند)، اما به هرحال حتی در این زمینه‌ها نیز مشترکات زیادی وجود دارد که از

1. situational distress
2. intrapsychic

اهمیت تفاوتها می کاهد. به نظر می‌رسد که تمایز عملی بین این دو، در واقع در معلومات افراد شاغل به این حرفه و شیوه‌های کار آنان نهفته است که غیرقابل تشخیص می‌باشد و ممکن است مشکلات زیادی را برای مراجعان ناآگاه ایجاد نماید. بنابراین لازم است، افرادی که به کار مشاوره و روان‌درمانی اشتغال دارند بنحوی مراجعان خود را از آموزشهایی که دیده‌اند، روشهای کلی درمان، حق‌ویزیت و همچنین دیگر اطلاعاتی که به مراجع مربوط است مطلع سازند.

اثربخشی[1]

براساس اطلاعات جمع‌آوری شده از تحقیقاتی که در خلال دو دهه گذشته صورت گرفت کارخوف[2] و همکاران او چنین نتیجه گرفتند که اثربخشی و مؤثربودن دارای اجزایی می‌باشند که آنها را می‌توان در معادله زیر خلاصه کرد. (کارخوف وبرنسون[3]، ۱۹۷۶، صفحه ۱۷۶)

(اثربخشی = افراد مؤثر + برنامه‌های مؤثر + سازمان مؤثر).

کارخوف وبرنسون در توضیح عناصر این معادله اشاره کرده‌اند که مؤثر بودن فرد، تابعی است از مهارتهای میان فردی (روابط اجتماعی) و مهارتهای تخصصی مربوط به هر رشته. اولی یعنی مهارتهای میان فردی با توانایی فرد برای ایجاد ارتباط با دیگران سروکار دارد. درحالیکه دومی، یعنی مهارتهای تخصصی شامل مهارتهایی است که ویژهٔ یك کار معین یا عملکرد در یك زمینه مشخص است. بنابراین یك مشاور مؤثر مهارتهای ایجاد ارتباط با مراجعان خود را دارد و آنها را راهنمایی می‌کند تا برای مشکلات خویش راه‌حل پیدا کنند. یك معلم انگلیسی در یك مدرسه متوسطه هنگامی مؤثر است که هم مهارتهای ارتباط برقرار کردن با دانش‌آموزان خود را داشته باشد و هم به آنها تعلیم بدهد. یك تحویلدار مؤثر بانك،

---

1. effectiveness
2. Carkhuff
3. Berenson

هم مهارتهای ارتباط برقرار کردن با مشتریان خود رادارد و هم حسابهای او را متعادل نگه می‌دارد. به شیوهٔ دیگری نیز می‌توان این موضوع را بیان کرد. باید بگویم، مؤثر بودن فرد تابعی است از کمیت و کیفیتِ پاسخهایی که در خزانه مهارتهای او وجود دارد.

علامت و نشانهٔ یك برنامه موفّق، منظم بودن آن است. برنامه‌های مؤثر از طریق برنامه‌ریزی منظم، توسعه، اجرا و کاربرد بازخوردها در جهت تعدیل نظام به اهداف خود نائل می‌شوند. (کارخوف ۱۹۸۱):

۱ . همه نظامهای مؤثر دریافت کننده داده‌هایی هستند. هر نظامی باید نسبت به کلیه محرکهایی که با آن مواجه می‌شود باز و تسهیل کننده باشد این بدان معنی است که کسانی که برنامه‌ریزی می‌کنند و آن را توسعه می‌دهند باید با انرژی بسیار بالایی کار کنند تا آنکه نسبت به محرکهای وارده توجه داشته و دقیق باشند.

۲ . کلیه نظامهای مؤثر اطلاعات را پردازش می‌کنند. سیستم مؤثر داده‌ها را تجزیه و تحلیل می‌کنند و براساس این تجزیه و تحلیل نیازها را تشخیص می‌دهند. اهداف خود را شخصی و برنامه عمل را فردی می‌کنند تا به اهدافشان نائل آیند.

۳ . کلیه نظامهای مؤثر به وسیله بازخوردها شکل می‌گیرند هر سیستم مؤثری میزان مؤثر بودن محصول خود را اندازه می‌گیرد و این بازخورد را به عنوان یك داده وارده جدید به کار می‌برد تا یك بار دیگر عمل پردازش را انجام دهد.

به طور مختصر سازمان مؤثر عبارت است از: شیوه منظمی که افراد مؤثر را با برنامه‌های مؤثر مرتبط می‌سازد. یك نوع از سازمان مؤثر همان سلسله مراتب اشخاص مؤثر است که اجرا کننده برنامه‌های مؤثر می‌باشند. در این مورد افراد مؤثرتر بر فعالیت‌های افراد کم اثر، نظارت می‌کنند و مؤثرترین افراد تمام عملیات را هدایت می‌نمایند. از طریق دیگری نیز می‌توان به سازمان مؤثر نگاه کرد. یعنی از بعد کارکردی یا عملی، اینکه چگونه و چرا افراد مؤثر و برنامه‌های مؤثر خوب عمل می‌کنند «به عنوان یك نظریه» مشاوره را در معادله اثربخشی امتحان می‌کنیم.

(مشاوره مؤثر = مشاور مؤثر + برنامه‌های مؤثر + نظریه مؤثر)

مشاور به عنوان یک فرد مؤثر

از زمانی که مشاوران کار خود را شروع کردند هم آنها و هم دیگر افراد در جستجوی تعیین ویژگی‌های شخصیت بودند. ویژگی‌هایی که فرد را به صورت یك مشاور مؤثر درمی‌آورد علی‌رغم سالها تحقیق در این مورد ویژگی‌های دقیقی که بتواند مشاوران مؤثر را از مشاوران غیرمؤثر جدا سازد پیدا نشده است بخشی از مشکل، در لغات و معانی کلمات است. کلماتی نظیر همدلی، گرمی، خلوص و انعطاف‌پذیری را به کار می‌بریم اما قادر نیستیم که هریك از این واژه‌ها را در عمل به طور دقیق و واقعی اندازه‌گیری کنیم. مانع بزرگ دیگر مشکل پیامد و نتیجه کار است. ما واقعاً نمی‌دانیم که فرد بهبود یافته کیست؟ گرچه که به خوبی می‌دانیم که معنای بهبودی برای هر مراجع نسبت به دیگری متفاوت است هیچ شیوه مطمئنی برای اندازه‌گیری بهبودی وجود ندارد. معهذا ما مطمئناً چیزهایی دربارهٔ ویژگی‌های شخصی مشاورانی که مؤثر به نظر می‌رسند، می‌دانیم.

محققان بسیاری به خصوصیات یك مشاور مؤثر توجه کرده‌اند. راجرز (۱۹۷۵) «شرایط لازم و کافی» نظریه خود را ارائه می‌دهد. که در مرکز آن خصوصیات درمانگر قرار دارد یعنی همدلی[1]، توجه مثبت بی‌قیدوشرط[2] و همخوانی[3]. کامبز[4] و ساپر[5](۱۹۶۳) دریافتند که مشاوران مؤثر، مراجعان خود را به عنوان افرادی توانا، قابل اعتماد، صمیمی و با ارزش می‌دانند و خود را نیز به عنوان فردی نوع‌دوست و غیرسلطه‌گر می‌شناسند. کارخوف و همکارانش شرایط راجرز را دوباره تعریف می‌کنند یعنی همدلی دقیق، احترام و خلوص و شرایط دیگری را نیز بدان اضافه می‌کنند، مانند عینی، فوریت و مواجهه (کارخوف و برنسون ۱۹۶۷، ۱۹۷۶، ۱۹۷۷، تراکس و کارخوف ۱۹۶۷). دیگران نیز در این مورد اظهارنظر کردند و گفتند که این شرایط تنها ممکن است در چارچوب درمان راجرزی مؤثر

1. empathy
2. unconditional positive regard
3. congruence
4. Combs
5. Soper

باشد اما نه در دیگر درمانها (فرانك، هون ساريك، ايمبر، ليبرمن، ناش و استون ۱۹۷۸).

در همین زمان بود که عده‌ای این موضوع را بررسی می کردند که مشاوران مؤثر در ابتدا افرادی مؤثر هستند. (کارخوف ۱۹۶۶، آلن ۱۹۶۷). اسکوبن (۱۹۵۷) چهار ویژگی رشد سالم فرد را شناسایی کرد:

الف. تمایل برای قبول مسئولیت شخصی رفتارش.

ب. ظرفیت برقراری روابط میان فردی (روابط با افراد).

ج. تعهد نسبت به جامعه.

د. پایبندی به استاندار دها و ایده آلها.

راجرز (۱۹۶۲) سه ویژگی را برای فردی که با تمام ظرفیت کار می کند بیان نمود:

الف. بازبودن یا استقبال فزاینده از تجربیات.

ب. ادامه رشد به سوی فرایند «شدن».

ج. اعتماد فراوان به وجود خود.

دینك مایر و دری کورز در سال ۱۹۶۳ شخصیت سالم را در واژه جرأت و شهامت تشریح کردند. شخص با جرأت موقعیت کار یا وقایع را در قالب راه‌حل‌ها و اقدامات ممکن نگاه می کند و نه در قالب خطرات و تهدیدات بالقوه.

مزلو[1] (۱۹۷۰ـ۱۹۶۸) کسانی را که به خودشکوفایی رسیده‌اند مورد مطالعه قرار داد و دریافت که آنها، ویژگی‌های زیر را از خود نمایان ساختند.

الف. ظرفیت تحمل و یا حتی استقبال از حالت بلاتکلیفی در زندگیشان.

ب. پذیرش خود و دیگران.

ج. خودانگیختگی و خلاقیت.

د. نیاز به داشتن حریم خصوصی و خلوت کردن.

هـ. خودمختاری و ظرفیت برای ایجاد رابطه عمیق و زیاد با دیگران (روابط میان فردی).

---

1. Maslow

ز. مواظبت خالصانه از دیگران.

ك. شوخ طبعی.

ل. هدایت درونی.

و. عدم‌وجود حالتهای دوگانه مصنوعی در درون خویش (ضعف و قدرت).

کارخوف چندین طرح و نقشه را پیشنهاد می کند که در آن انسان یاری کنندهٔ مؤثر، و انسان به صورت یك کل را تشریح کرده است. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷ـ۱۹۷۶)

آخرین فرمول او مطلب مزلو را مورد تجدیدنظر قرار داد که در آن کارخوف ابعاد زیر را به‌عنوان مشخصه‌های افراد خودشکوفا تعیین می کند.

الف. تناسب جسمی و انرژی جسمانی که در فرد وجود دارد.

ب. تعهدات عاطفی نسبت به رسالتی که دارد.

ج. روابط با افراد (روابط میان فردی) که منجر به قبول رسالت دیگران می‌شود.

د. مهارتهای تخصصی حقیقی که به مهارتهای کارشناسی منجر می‌شود.

هـ. مهارتهای یادگیری که به پردازش اطلاعات منجر می‌شود.

و. مهارتهای تدریس که به ارتباط بین محتوا منتهی می‌شود. به هر حال به طور خلاصه انسانهای شکوفا، انسانهای ماهری هستند و انسانهای غیر از آن، غیرماهر هستند.

خلاصه

مشاور مؤثر چگونه شخصی است؟ با توجه به دامنه این سؤال مطلبی که در اینجا ارائه می گردد تنها بخش مشخص و برجسته آن است. هر کوششی که برای خلاصه کردن پاسخ سؤال بالا صورت گیرد اگر غیرممکن نباشد احتمالاً کوششی بیهوده است اما به هرحال برای اینکه شما را مجبور به فکر کردن روی این موضوع بکنم نظر خود را در اینجا شرح می‌دهم.

مشاوران مؤثر ابتدا افرادی مؤثر هستند، شما نمی توانید به من کمك کنید مگر اینکه با تمام قوا کار کنید حتی اگر با تمام قوا هم کار کنید ولی نیروی لازم را نداشته باشید نمی توانید به من کمك کنید. بنابراین من فکر می کنم که نخستین مشخصهٔ افراد مؤثر این است که آنها انرژی جسمانی لازم را جهت رفع نیازمندی‌ها و خواسته‌های خود دارند.

ویژگی دوم افراد مؤثر این است که آنها می‌دانند که چه کسی هستند و با آنچه که هستند و زمانی که به طور منظم کار می‌کنند، احساس راحتی می‌نمایند (البته نه به طور مصنوعی) با این هدف که پیشرفت کنند و از آنچه که هستند بالاتر روند. من از افراد مخصوصاً مشاورانی می‌ترسم که به مرحله‌ای رسیده باشند که احساس کنند که آنها همهٔ آنچه را که باید بدانند، می‌دانند و «اگر چیزی را نمی‌دانند آن چیز ارزش دانستن ندارد» و همه تجارب با ارزش را دارند «و اگر تجربه‌ای را ندارند احتمالاً به خاطر آن است که آن تجربه، تجربه درستی نبوده است» و هرگز بشدت هیجانی نمی‌شوند مگر زمانی که به حق باشند. من فکر می‌کنم که افراد مؤثر به خاطر آنکه با آنچه که هستند احساس راحتی می‌کنند نیازی ندارند که در برابر آنچه که نیستند حالت دفاعی به خود بگیرند. از آنجا که می‌دانند به کجا می‌روند از افرادی که در مسیر متفاوتی هستند ترس ندارند و نظر به اینکه افرادی شجاع هستند، (واژه دری کورز) مجبور نیستند که برای همه چیز پاسخ داشته باشند زیرا مطمئن هستند که مسائل، پاسخهایی دارد و آنها نیز انرژی لازم برای پیدا کردن آن پاسخها را دارند.

سومین ویژگی افراد مؤثر این است که آنها دارای حس اجتماعی[1] هستند که آدلر به آن علاقه اجتماعی[2] می‌گوید (انسبیچر ۱۹۷۷). آنها نسبت به زندگی خوش‌بین هستند و در ارتباطاتشان با دیگران نوع دوست می‌باشند معهذا نگرش آنها در مورد رفتار، نگرشی انتقادی برای حل مشکل است. آنها عمیقاً معتقد هستند که همه انسانها پتانسیل خلاّق برای بهتر شدن را دارند و آماده‌اند تا رشد آنها را تسهیل نمایند.

نهایتاً افراد مؤثر هر کاری را در جای خود انجام می‌دهند. آنها نه فقط برای حرفهایشان بلکه برای اعمالشان نیز احساس تعهد می‌کنند. افراد مؤثر به تاریکی دشنام نمی‌دهند بلکه شمع روشن می‌کنند و اگر مشکل داشته باشند روی آن کار می‌کنند. آنها به شما نمی‌گویند که چقدر خوب هستند بلکه بارها خوب بودن را به نمایش می‌گذارند.

---

1. sense of community
2. social intrest

مشاوره به عنوان یک برنامه مؤثر

بسیاری از نظریه‌های روان‌درمانی در خلال قرن گذشته بویژه در مدت سه دهه اخیر، رشد و توسعه یافته‌اند. واقعیت این است که هریك از این نظریه‌ها موفقیت و توجیه خود را برای تغییر فرد به صورت تك عاملی توضیح می‌دهند تا مکتب خودرا از دیگر مکاتب متمایز سازند به عنوان مثال روانکاوان سعی دارند برای تغییر، فرد ناهوشیار را هوشیار نمایند. رفتار درمانگران تمام تخم‌مرغهای خودرا در سبد یادگیری می گذارند. پیروان راجرز در جستجوی آزاد کردن پتانسیل خلاق گرایش به خودشکوفایی هستند. تحلیل تبادلی[1]، تبادلات میان فردی را تحلیل می کنند، دیگران از طریق فریادهای وحشتناك درجستجوی آرامش هستند.

پارامترهای درمان

پژوهشهایی که از منابع (کارخوف ۱۹۶۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶، فرانك ۱۹۷۸، لیبرمن و یالوم و مایلز ۱۹۷۳، مارمور ۱۹۷۶، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷، یالوم ۱۹۷۵) صورت گرفته این نکته را کاملاً روشن ساخته است که در هیچ مورد نمی‌توان موفقیت مشاوره یا روان‌درمانی را تنها به یك عامل نسبت داد، بلکه شمار قابل ملاحظه‌ای از متغیرها وارد این فرایند می‌شوند. ازجمله شخصیت مشاور وهمچنین مراجع، ماهیت مشکل مراجع، میزان انگیزهٔ مراجع، کارکرد و مهارتهای مشاور، امید و انتظاراتی که کیفیت کار مشاور در مراجع ایجاد می کند، نقاط قوت و ضعف مراجع، کمك‌ها و کمبودهای بالقوه‌ای که در محیط مراجع وجود دارد و بالاخره شاید مهم‌تر از همه کیفیت رابطه است که بین مشاور و مراجع به‌وجود می‌آید. (مارمور ۱۹۷۶)

کروسنی و روزنبرگ (۱۹۵۵) و یالوم (۱۹۷۵) فهرستی از عوامل درمانی را در گروه درمانی تهیه کرده‌اند که فهرست مارمور کلی‌تر و دربرگیرندهٔ لیستهای آن دو، می‌باشد.

1. Transactional Analysis

بر اساس مطالب مارمور حداقل هشت عامل عمده در همه روان درمانگری‌های مؤثر وجود دارد. (۱۹۷۶):

۱ . *رابطه خوب بین مشاور و مراجع، بر علاقه خالص مشاور به مراجع و همدلی با او و انگیزهٔ مراجع برای دریافت کمك استوار است.*

۲ . *رهاسازی تنش، از طریق بحث دربارهٔ مشکلات مراجع با یك فرد یاری‌دهنده در چارچوب امید و انتظار برای کمك.*

۳ . *یادگیری شناختی که بر کوشش مشاور برای کمك به مراجع استوار است تا علل مشکل خود را درك کند.*

۴ . *شرطی شدن عامل*[1]*، مشاور به صورت مستقیم یا غیرمستقیم رفتارهای درست مراجع را تقویت و رفتارهای نادرست مراجع را خاموش می‌کند.*

۵ . *پیشنهاددادن و ترغیب کردن توسط مشاور.*

۶ . *همانندسازی با مشاور حداقل در مورد الگوهای رفتاری مشاور برای حل مشکل.*

۷ . *تکرار واقعیت آزمایی*[2] *از طریق تمرین تکنیك‌های انطباقی جدید.*

۸ . *چنانچه مراجع علی‌رغم عدم موفقیت همچنان در واقعیت آزمایی اصرار و پافشاری نماید و اگر قرار باشد که مراجع تغییرات رفتاری خود را درونی نماید آنوقت لازم است که مشاور مراجع را حمایت عاطفی نماید.*

پس از بیست‌وپنج سال تحقیق در روان درمانی، گروه جان هاپکینز[3] به نتایج زیر نائل آمدند. میزان تأثیر انواع مختلف روان درمانی به طور عمده‌ای به توانایی آنها برای اعاده روحیه مراجع بستگی دارد که در درجه اول از طریق دو هدف به هم مرتبط، به دست می‌آید. هدف اول جنگ با نگرشها و هیجانات مخرب، نظیر ترس یا ناامیدی؛ و تقویت هیجانهایی که سلامتی فرد را بیشتر تأمین می‌کنند، نظیر امیدواری و اعتماد به نفس. آنچه که به این کار کمك می‌کند هدف دوم است. یعنی بالا بردن احساس تسلط یا کنترل بیمار بر خود و از آن

1. operant conditioning
2. reality testing
3. Johns Hopkins

طرَیق بر محیطش، (فرانك ۱۹۷۸، صفحات ۱۷۳ـ۱۷۲)

بورتون (۱۹۷۶) به طور کلی با تحلیل بالا موافق بود اما یادداشت مشتاقانه (و نه مأیوسانه‌ای) بر آن تحلیل اضافه نمود: «هر روز که می گذرد این موضوع روشن و روشن‌تر می‌شود که ما در حال انتظاریم. اینکه اگر فروید جدیدی نیاید لااقل کسی خواهد آمد که به ما مفهوم جدیدی از انسان را ارائه دهد. یعنی روان او، هدف او و روح او را تعریف کند.» (۱۹۷۶، صفحه ۳۲۶)

توجه به ماهیت و طبیعت انسان در حقیقت اصل وقلب مشاوره و روان‌درمانی است. دیدگاه شخص مشاور در مورد ماهیت انسان بر رویکرد و کار او با مراجع تأثیر دارد. اما دیدگاهی که یك نظریه‌پرداز مشاوره نسبت به ماهیت انسان دارد تمام نظریه او را و همچنین کسانی که نظریه او را به کار می‌بندند را تحت تأثیر قرار می‌دهد. البته موضوع اصلی این مطلب (یعنی قلب قلبها) بحث فلسفی و الهی آن یعنی اختیار در برابر جبر است. اگرچه که دامنه نظریات افراد در این مورد تقریباً نامحدود است اما هیچ پاسخ قطعی که از نقطه نظر علمی پذیرفته شده باشد وجود ندارد. درواقع یك مشاور می تواند بدون اینکه مسائل فلسفی خود را نهایتاً حل کرده باشد خوب کار کند به شرط آنکه یك فرضیه برای کار خود داشته باشد.

فورد و اربن[1] (۱۹۶۳) اظهار داشتند که مردم یا خلبان هستند یا رباط (آدم مصنوعی). خلبانها قدرت تعیین مسیر خود و مسئولیت سفر را به عهده دارند؛ اما رباطها به‌نظر می‌رسد که تنها خود را هدایت می کنند و رفتار آنها درواقع به صورت زیستی و یا توسط محیط تعیین شده است. البته در زندگی واقعی چنین تقسیم‌بندی کاملاً واضحی وجود ندارد. گرچه افراد انتخابگر هستند اما در بعضی از مواقع طوری عمل می کنند که گویی نمی توانستند و یا انتخاب دیگری نداشتند. شاید قسمتی از وجود هر یك از ما خلبان و قسمتی دیگر رباط باشد. مشکل مشاور این است که بداند آیا ماهیت انسان را بیشتر یك خلبان می‌داند یا رباط. این تصمیم او هم بر نظریه و هم بر اعمال او تأثیر می گذارد.

1. Ford & Urban

تجربهٔ هر فردی نشان می‌دهد که هر از مدتی مشکلاتی به‌وجود می‌آیند که باید حل شوند، و تصمیماتی که باید گرفته شوند و راه‌حلهای عملی، که باید انتخاب و یا ترك شوند؛ کمتر فردی می‌تواند همه مشکلات خود را حل کند و همیشه درست تصمیم بگیرد و بهترین راه‌حل عملی را انتخاب کند. معهذا افراد مشکلات خود را حل می‌کنند پس آنها توانایی فکر کردن و دوباره فکر کردن، تصمیم گرفتن و دوباره تصمیم گرفتن، رفتار کردن و تغییر دادن رفتار خود را، دارند. بنابراین، نشانهٔ يك سیستم مؤثر مشاوره این است که بتواند به افراد کمك کند تا دوباره فکر کنند، دوباره تصمیم بگیرند و رفتار خود را تغییر دهند.

اهداف

تعریف کارخوف (۱۹۸۱) از يك برنامه مؤثر این است که چنین برنامه‌هایی از طریق برنامه‌ریزی منظم، رشد، اجرا و استفاده از بازخورد می‌تواند به اهداف عملی خود نائل گردد، به صورت ساده می‌توان گفت که يك هدف عملی هدفی است که در غالب رفتارهای عینی و قابل اندازه گیری تعریف می‌شود. بنابراین تغییر در نگرش نمی‌تواند به عنوان يك رفتار قابل مشاهده و قابل اندازه گیری و يك هدف عملی تلقی گردد. کاهش چهار کیلو وزن در دو هفته، خود يك برنامه‌ریزی منظم، گسترده و اجرایی را طلب می‌کند که دربرگیرندهٔ يك برنامهٔ عملی و يك سری قدمهایی است که هر يك از این قدمها خود يك هدف عملی به شمار می‌رود. استفاده از بازخورد بدین معنی است که کارآیی و سودمندی هر مرحله بررسی و نظارت می‌شود تا برنامه بتواند بر اساس بازخورد تصحیح و تعدیل شود.

اکنون که صفت‌ها دور از دسترسند ما به اسم، یعنی هدف توجه می‌کنیم پس اهداف مناسب مشاور چیست؟ آیا اهداف غیر مناسبی برای مشاور وجود دارد؟ آیا اهداف مشاوره برای مشاور و مراجع متفاوت است؟ متأسفانه مطرح کردن این پرسشها آسانتر از پاسخ دادن به آنهاست.

اهداف مشاور و مراجع ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد. اهداف مراجع معمولاً دربرگیرندهٔ امور مربوط به رشد است. مراجعان اغلب هدفهای خود را در واژه‌های غیرواقعی بیان می‌دارند مانند: «کمکم کنید تا بر الکلیسم فائق آیم.» اما آنها نمی‌گویند که

«کمکم کنید تا مشروبخواری را کنار بگذارم.» یا می گویند «کمکم کنید تا این درس را قبول شوم.» اما نمی گویند که «کمکم کنید تا اوقات مطالعه و خواندن را تلف نکنم.»

هدف مشاور ممکن است این باشد که به یك فرد الکلی بیاموزد که نمی توان به مشروبخواری ادامه داد و در عین حال یك فرد غیر الکلی به حساب آمد. ممکن است هدف مشاور بالا بردن مقام حرفه‌ای خود باشد و یا آنکه موجودی حساب بانکی خود را زیاد کند البته ممکن است این اهداف، اهداف شریفی نباشند اما هدفی فرومایه و پست نیز تلقی نمی‌شوند. (مگر آنکه این هدفها تنها اهداف مشاور باشند) هدف مشاور مجموعاً کمك به مراجع است تا بتواند به اهدافی که برای خود شناسایی کرده است نائل آید. مشاور نباید برای مراجع، هدف تعیین کند و یا او را به سمت اهدافی که بر اساس ارزشها و نیازهای مسأله تعیین شده است، هدایت نماید.

همان‌طوری که هدفهای غیر مناسبی برای مراجع وجود دارد برای مشاوره (یعنی نظام) و مشاور نیز اهداف غیر مناسبی وجود دارد. مشاوره یك نظام روانشناختی است و نه یك نظام الهی. بنابراین ضمیمه نمودن اصول مسیحیت یا یهودیت و اسلام هدف یا کارکرد صحیحی برای مشاوره روانشناختی نیست. این بدان معنی نیست که یك مشاور مسیحی یهودی و یا مسلمان نباید براساس اصول مذهبی خود زندگی کند، بلکه به این معنی است که نظام مشاوره روانشناختی، نه نظامی مسیحی است و نه ضد مسیحی؛ نه نظامی یهودی است و نه ضد یهودی؛ و نه نظامی اسلامی است نه ضد اسلامی. اهداف مشاوره همان هدفهای فرآیند مشاوره است و این هدفها به صورت مختلفی تشریح شده است و درواقع در هر یك از رویکردهای تشریح شده در فصول بعدی تعریف گردیده است.

خلاصه

آن‌طور که من می‌بینم مشاوره، یك نظام یا یك برنامه است. بنابراین مشاوره مؤثر، ویژگی‌های یك برنامه مؤثر را داراست که به‌طور منظم از طریق گامهای استادانه برای دستیابی به یك هدف عملی حرکت می کند. گامهای استادانه مشاوره دربرگیرنده چند عامل درمانی است که در همه رویکردهای مشاورهٔ مؤثر وجود دارد مانند ویژگی‌های شخصی و مهارتهای کاری مشاور، انگیزه مراجع و کیفیت رابطه‌ای که بین مشاور و مراجع به‌وجود

می‌آید. نقشه‌ای که یك مشاور را در به‌کارگیری این عوامل درمانی به نفع مراجعش راهنمایی می‌کند همان دیدگاه مشاور از ماهیت انسان است.

نظریه به عنوان یک سازمان مؤثر

سومین عامل برای مؤثر بودن، وجود یك سازمان مؤثر است که به عنوان راهی منظم است برای ارتباط مردم مؤثر با برنامه‌های مؤثر؛ از آنجا که یك نظریه کوشش می‌کند تا از طریق سازماندهی و ترکیب دانش و معلومات به سؤال «چرا» پاسخ بدهد. این طور به‌نظر می‌رسد که بهترین راه برای اینکه برنامه مؤثر را به دست مردم مؤثر بدهیم این است که از یك نظریه مؤثر استفاده کنیم. (برونسون و کارخوف ۱۹۷۶).

نظریه از دیدگاه کلی

نظریه چیزی فراتر از پاسخ به سؤال «چرا» می‌باشد. نظریه به سؤالاتی نظیر «چه کسی»، «چه چیزی»، «چه وقت»، «کجا» و «چگونه» نیز جواب می‌دهد. یك نظریه تبیینی، مسیر اجرا را روشن می‌سازد و شاغلان به این کار را قادر می‌سازد تا وقایع به ظاهر متفاوت را در یك سرفصل بگنجانند و از این طریق پیش‌بینی وقایع آینده را تسهیل سازند.

یك نظریه عملیِ قابل اجرا، علاوه بر پیش‌بینی حقایق یا روابط تازه آنچه را که بیانگر یك کلیت معنی‌دار (گشتالت) است را سازماندهی کرده و به صورت یکپارچه درمی‌آورد. یك نظریه رسمی دارای ویژگی‌های متعددی است نخست بر مفروضات یا موضوعاتی استوار است که عنوان شده و بدون استدلال پذیرفته شده است. دوم واژه‌ها یا مفاهیمی که نظریه با آن تدوین شده و یا ارتباط برقرار می‌کند و باید به‌طور عملی تعریف گردند. سوم واژه‌ها یا مفاهیم باید رابطه علت و معلولی یا روابط منطقی با یکدیگر داشته باشند. پس فرضیه‌ها باید از مفروضات، واژه‌ها و روابط ساخته شوند. فرضیات باید به عنوان پیش‌بینی‌های قابل آزمایش تلقی گردند که در صورت اثبات فرضیات، تعاریف و نتیجه‌گیری‌های آن فرضیه می‌تواند صحیح تلقی گردد. (پاترسون ۱۹۸۰)

نظریه‌ها درواقع نه خوب هستند و نه بد، نه درست هستند و نه نادرست،

این دو مقولگی ممکن است کاربرد داشته یا نداشته باشد. یك نظریه می تواند کارآیی داشته و معتبر باشد بدون اینکه کاملاً دقیق باشد. یك نظریه ممکن است توضیحات کافی در مورد اغلب زمینه‌های مربوط به خود (و نه همه آنها) ارائه بدهد. هیچ نظریه‌ای به طور کامل در همه موارد صحیح و درست نیست. طرحهای متعددی از ملاکهای ارزیابی یك نظریه وجود دارد که همه آن طرحها حکایت از این می کند که یك نظریه عملی نباید ناچیز و بی اهمیت باشد. اجزای درون یك نظریه باید همسان، دور از هرگونه ابهام و جامع باشد، باید قابلیت آزمودن را داشته باشد با این توجه، در همین ابتدا باید بگوییم که هیچیك از نظریه‌های مشاوره یا روان درمانی تمام شرایط فوق را ندارد.

پرایس در سال ۱۹۷۲ در پی تلاش برای دستیابی به نظریه رفتار نابهنجار این طور استدلال می کند که ما درواقع نظریه رفتار نابهنجار نداریم بلکه مجموعه‌ای از دیدگاهها یا نقطه‌نظرات متضاد با یکدیگر داریم؛ به نظر می‌رسد که تجدیدنظر مشابهی در مورد نظریه‌های مشاوره در دست انجام است نظریه‌های مشاوره بیشتر به نقطه نظرات مختلف می‌مانند تا یك نظریه در مفهوم صوری آن. مطلب زیر شاید بتواند تنوعی را که میان نظریه‌های مشاوره وجود دارد توضیح بدهد و آن مطلب این است که کسانیکه نظریه را تدوین کرده‌اند به یك چیز توجه دارند و آن ماهیت و طبیعت انسان است. اما هر یك از آنها آن را از زاویهٔ متفاوتی می‌نگرند. همان‌طور که شاهدان یك تصادف رانندگی داستانهای متفاوتی از همان تصادف را تعریف می کنند، نظریه‌پردازان نیز دیدگاههای مختلفی را از ماهیت انسان که در حال مشاهده آن هستند به دست می‌دهند. برخی از آنها فرمول خود را نظریه نامیده‌اند و برخی الگو و گروهی دیگر رویکرد. به‌واسطه این گم گشتگی و فقدان وقت، به نظر من واژهٔ دیدگاه[1] واژهٔ مناسبی می تواند باشد که هم دقیق است و هم سردرگمی کمی دارد و می تواند به مجموعه افکاری که در فصول آینده در مورد آنها صحبت خواهیم کرد، اطلاق شود.

برای مشاوران مشغول به کار موضوع مهم این نیست که کدامیك از این دیدگاهها را

1. perspective

انتخاب کنند؛ بلکه مهم این است که دارای دیدگاه باشند که درواقع بتواند رفتار مراجع را توضیح داده و اقدامات مشاور را هدایت نماید. مشاوری که اقدام به مشاوره می کند بدون آنکه یك نگرش همسانی برای توضیح طبیعت و رفتار انسان داشته باشد و یا بدون داشتن الگویی که بر اساس دیدگاه او بنا شده باشد نه تنها غیر علمی عمل کرده بلکه کمترین اثرش این است که به‌صورتی جدی حتی به مراجعانی که کمترین نیاز را داشته باشند، ضرر می‌رساند.

دیدگاه مشاور می‌بایست شامل عناصر واقعی زیر باشد. (بورکس[1] و استفلر[2] ۱۹۷۹).

۱. مفروضاتی که دربارهٔ طبیعت یا ماهیت انسان، آیا این نگرش با خیر و شر ذاتی طبیعت و ماهیت انسان سروکار دارد؟ از جبر و اختیار سخنی می گوید؟

۲. اعتقاد در مورد تغییر در رفتار و یادگیری.

۳. تعهد نسبت به اهداف بیان شده مشاوره.

۴. تعریف نقش و کارکرد مشاور، یك مشاور یا مفسر یا معلم یا حمایت کننده و یا دوست و یا غیره چه موضعی دارد و با استفاده از چه تکنیکی موضع خود را به اجرا درمی‌آورد.

۵. شواهد حمایت کنندهٔ نگرش، چه شواهدی وجود دارد و استدلال می کند که دیدگاه، فرضیه‌های خود را آزمایش کرده و براساس نتایج به دست آمده، دیدگاه مورد تجدیدنظر قرار می گیرد.

دیدگاه شخصی

همچنانکه شما دید و نظر مربوط به خودتان را در مورد مشاوره و روان‌درمانی تقویت می کنید باید به هر یك از دیدگاههایی که ارتباط به کار شما دارد در چارچوب بحث فوق بویژه مطالب مربوط به عناصر اصلی هر دیدگاه، توجه کنید و آن دیدگاه را با دیدگاه خود مقایسه کنید به عنوان مثال نظر شما نسبت به طبیعت و ماهیت انسان چیست؟ آیا ماهیت انسان خیر است یا شر؟ یاهیچکدام؟ آزاد است یا مجبور؟ چه دیدگاهی می تواند نظریه شما را بیان کند؟ چگونه یك رفتار ایجاد می‌شود؟ آیا رفتار انسان به‌وسیله مجموعه‌ای از ژنها تعیین می‌شود؟

1. Burks
2. Stefflre

یا اینکه ما از طریق روشهای مختلف یاد می گیریم که چگونه رفتار کنیم؟ در هر صورت چه آثاری بر روی کار شما دارد؟ اهداف صحیح و ناصحیح مشاوره چیست؟ درستی و نادرستی را چگونه تعیین می کنید؟ فکر می کنید مشاور چگونه شخصی باید باشد؟ آیا شما همان شخص هستید؟ اگر نیستید چه کار باید بکنید تا آن گونه شوید؟ آیا الان دارید همان کار را می کنید؟ به نظر شما چه نوع رفتارها یا تکنیك‌هایی، می تواند فرایند مشاوره را بیشتر تسهیل نماید؟ شما چقدر با آن تکنیك‌ها آشنا هستید؟ و چقدر در به کار گیری آنها مهارت دارید؟ برای مهارت بیشتر خود چه می کنید؟ زمانی که یك دیدگاه را می آزمایید و یا تمرینی را انجام می‌دهید آیا به دنبال مدارکی برای اثبات آن هستید؟ برای اثبات نگرش خود چه پژوهشهایی انجام داده‌اید؟ شاید شما در این لحظه از کار حرفه‌ای خود، پاسخ اغلب این سؤالات و یا همه آن را نداشته باشید؟ نگران نباشید پاسخ این پرسشها را در این کتاب همچنانکه می خوانید پیدا خواهید کرد و می توانید تجربه خود را به عنوان مشاور آغاز کنید.

خلاصه

یك نظریه عبارت است از توضیح عملی دربارهٔ اینکه چه چیزی عملی است و چه کسی آن را عملی می‌سازد. چه وقت، کجا، چرا و چگونه عملی می‌شود؟ من در مشاوره ترجیح می‌دهم بجای لفظ نظریه از لفظ دیدگاه یا نقطه نظر استفاده کنم. در هر صورت برای یك مشاور مشغول به کار، واجب است که دیدگاهی داشته باشد تا او را در کارهایش راهنمایی نماید. از آنجا که همه نظریه‌ها یا دیدگاهها قابل استفاده کامل نیستند و نیاز دارند تا به طور دائمی خود را با تحولات روز تطبیق نمایند، بنابراین عاقلانه نیست که ما بر ده‌وار فقط به یکی از این نقطه نظرات تکیه کنیم؛ اما از طرف دیگر اگر یك دیدگاه برای شما قابل استفاده است پس باید بتواند نقطه نظرات شما را منعکس کند.

سالها پیش داستانی دربارهٔ یك واعظ روستایی در کوههای کارولینای شمالی می‌خواندم که به خاطر نطق آتشینش در سرتاسر آن کوهپایه معروف شده بود. روزی روزنامه شارلوت آبزورر[1] خبرنگاری را برای مصاحبه با آن شخص فرستاد تا راز موفقیت او

1. Charlotte Observer

را کشف کند. بعد از انجام مراسم خبرنگار نزد او رفت، خود را معرفی کرده و سؤالاتی را تقدیم نمود. آن پیرمرد لحظه‌ای اندیشید تبسمی کرد و آهسته گفت: «من ابتدا به طور کامل مطالعه می کنم، سپس به طور روشن فکر می کنم. بعد دعا می کنم و سپس کار خود را شروع می کنم.» من هم سعی کردم از آن نصیحت پیروی کنم البته با یك چیزی اضافه بر آن و آن اینکه «به ظاهر خود نیز می‌رسم» شما نیز می توانید برنامه مشابهی داشته باشید.

مشاوره میان فرهنگی

مشاوره میان‌فرهنگی به تفاوتهای عمدهٔ بین مشاور و مراجع اشاره می کند به خاطر همین تفاوتهاست که مراجع توانایی و صداقت مشاور و همچنین عدم وجود و شباهت بین خود و مشاور را به طور مکرر مورد آزمایش قرار می‌دهد. مشاورانی که می توانند از این چالشها موفق بیرون آیند، مشاوران ماهر از نظر فرهنگی هستند. (سو ۱۹۸۱، صفحات ۱۱۰ـ۱۰۵):

۱. *مشاور ماهر از نظر فرهنگی مشاوری است که از قوم پرستی دور شده و به تفاوتها ارزش بدهد و به آنها احترام بگذارد؛ و دیگر فرهنگها را نیز مانند فرهنگ خود ارزشمند بداند.*

۲. *مشاور ماهر از نظر فرهنگی، مشاوری است که از ارزشها و تعصاب خود آگاه است و می‌داند که چگونه ممکن است آن ارزشها و تعصاب بر یك مراجع از فرهنگی دیگر، اثر بگذارد. بنابراین چنین مشاوری تلاش می کند از تعصب و برچسب زدنهای کلیشه‌ای دوری جوید.*

۳. *مشاور ماهر از نظر فرهنگی، باید درك خوبی از نظام اجتماعی سیاسی جاری باتوجه به برخورد آن نظام با اقلیت ها داشته باشد.*

۴. *یك مشاور ماهر از نظر فرهنگی، کسی است که با تفاوتهای موجود بین خود و مراجع، چه از نظر نژاد و یا اعتقاد احساس راحتی و آرامش می کند.*

۵. *یك مشاور ماهر از نظر فرهنگی، از محدودیتهای خود در مشاوره میان فرهنگی آشنایی داشته و در ارجاع مراجع به فردی دیگر خطر و تهدیدی را نسبت به خود احساس نمی کند.*

۶. یك مشاور ماهر از نظر فرهنگی، آگاهی‌ها و اطلاعات تخصصی در مورد گروه یا دسته خاصی که او با آنها کار می کند دارد و همیشه سعی دارد که این اطلاعات را با تحولات روز سازگار نماید.

۷. یك مشاور ماهر از نظر فرهنگی، باید ارزشهای وابسته به نکات اصلی مشاوره را به‌وضوح درك کرده و چگونگی تعادل این ارزشها را با ارزشهای مراجعانی که از نظر فرهنگی متفاوت هستند بداند.

۸. مشاور ماهر از نظر فرهنگی باید قادر باشد تا از انواع گوناگون پیامهای کلامی و غیرکلامی استفاده کند.

۹. مشاور ماهر از نظر فرهنگی باید قادر باشد تا پیامها را بدقت و درست ارسال و دریافت کند.

بنابراین مشاور ماهر از نظر فرهنگی می‌داند که:

الف. تنها از طریق صحبت کردن (صحبت درمانی) نمی‌توان با مراجعانی که از نظر اقتصادی و فرهنگی فقیر هستند برخورد نمود.

ب. «بیان خود» ممکن است به تنهایی با تجارب ناراحت کننده سیاهپوستان و سرخپوستان مغایر باشد.

ج. بسیاری از مراجعان گروههای اقلیت یك رویکرد فعال ـ رهنمودی[1] را نسبت به یك موضع غیرفعال و غیررهنمودی ترجیح می‌دهند.

خلاصه

مشاوران مؤثری که برای مراجعان خود برنامه‌های مؤثری را از طریق سازمانی مؤثر ایجاد می کنند از نظر فرهنگی، ماهر شناخته می‌شوند. چنین مشاورانی سرفرصت تلاش می کنند تا دیدگاه مراجع را درك کرده و با آن احساس راحتی نمایند و از آن طریق به محیط مراجع وارد شده و دنیای او را از دریچه چشم او نگاه کنند. از طرف دیگر مشاوران مؤثر مراجع و چارچوب مرجع او را با یك دید وسیع‌تر جهانی از آنچه که هست نگاه می کنند:

1. active-directive

دنیایی که در آن مراجعین با فرهنگ‌های متفاوت با یکدیگر فرق می کنند . این مطلب در ایالت متحده به این معنی است که یك مراجع غیر سفید در جامعه‌ای با اکثریت سفیدپوستان مجبور است کار خود را در چنین جامعه‌ای انجام دهد. بنابراین مشاوران ماهر از نظر فرهنگی افقهای مراجعان خود را به محله خاص و یا قومیت آنها محدود نمی کنند.

شما با مراجعانی که دارای فرهنگی متفاوت هستند چقدر راحت هستید؟ مراجعی که مذهب و یا نقطه نظرات متفاوتی دارد؟ شما از فرهنگهای دیگر یعنی نقطه نظرات و روشهای عملی آن فرهنگها چه می‌دانید؟ از فرهنگ خودتان چه می‌دانید و با خودتان چقدر راحت هستید؟

فصل دوم

روانکاوی[1]

با توجه به اینکه معدودی از مشاوران از رویکرد روانکاوی در کار حرفه‌ای خود استفاده می کنند ممکن است شما تعجب کنید که چرا من فصلی را در این کتاب که برای تربیت مشاوران تازه کار است، اختصاص به روانکاوی داده‌ام. من این فصل را لااقل به دو علت در این کتاب گنجانده‌ام. نخست اینکه فروید که پدر همه ما محسوب می‌شود برای اولین بار ما را با علوم رفتاری مرتبط ساخت. خصوصاً آن دسته از ما که روان‌شناس یا مشاور هستیم. ما باید ریشه‌های خود را بدانیم. دوم اینکه همه ما وارثان فروید هستیم یا به نوعی نظام او را قبول داریم و یا اینکه بر اساس نظام او کار خود را انجام می‌دهیم و رشد و پیشرفت کرده‌ایم. بنابر این به منظور درك تغییراتی که در تفکر فروید به وجود آمد باید ابتدا بدانیم که چه چیزی وجود داشته که تغییر پیدا کرده است. بعلاوه شکی نیست که متقدمان و مخالفان نظر فروید سعی دارند تا دستیابی بیشتر به ناهوشیار[2] مرا سرکوب نمایند. زیرا

---

1. Psyhoanalysis
2. Unconscious

دستیابی به ناهوشیار من می تواند دلیل واقعی مرا برای گنجاندن این فصل روشن سازد.

تحول تاریخی

زمینه شخصی

زیگموند فروید[1] در ششم ماه می ۱۸۵۶ در فریبرگ[2] موراویا[3] که اکنون بخشی از کشور چکسلواکی است در یك خانواده مذهبی یهودی متولد شد. وقتی که سه ساله بود خانواده او به لایپزیك[4] نقل مکان کردند و یك سال بعد به وین رفتند. فروید در آنجا تا سال ۱۹۳۸ زمان حمله نازی‌ها زندگی می کرد مطمئناً فروید در آنجا از احساسات ضد یهودی غالب بر وین آگاه بود و احتمالاً آن را تجربه کرده بود.

در پاییز سال ۱۸۷۳ فروید به عنوان دانشجوی پزشکی وارد دانشگاه وین شد و این کار علی‌رغم میل باطنی او بود. او واقعاً نمی خواست یك پزشك شود و بیشتر به مطالعه دربارهٔ تحولات تاریخی و فرهنگی نژاد بشر علاقه‌مند بود اشارات مکرر او در نوشته‌هایش حکایت از علاقه او به افسانه‌ها و اساطیر می کند و همچنین بیانگر وسعت مطالعه او در این زمینه است. با وجود اینکه فروید به مسائل نظری علاقه‌مند بود. اما خود را به عنوان یك عنصر فعال اجتماعی یا یك اصلاحگر تلقی نمی کرد ظاهراً او به این نتیجه رسیده بود که کسب معاش مهمتر از نظریه پرداز بودن است. به هر حال او سه سال بیشتر از آنچه که مورد نیاز بود در دوره دکترا درس خواند و بالاخره در سال ۱۸۸۱ به درجه دکترا نائل آمد. او از سال ۱۸۷۶ در آزمایشگاه فیزیولوژی بروك[5] کار می کرد اما یهودی بودنش باعث عدم پیشرفت او در نظام دانشگاهی شد. لذا نیاز اقتصادی او را مجبور ساخت تا وارد حرفه پزشکی شود. در سال ۱۸۸۴ او به عنوان یك پزشك خدمت خود را در بخش بیماری‌های اعصاب در بیمارستان عمومی وین آغاز کرد. البته به علت آنکه مدیر بیمارستان علاقه

1. Sigmund Freud
2. Freiberg
3. Moravia
4. Leipzig
5. Brücke

چندانی به بیماران دارای اختلالات روانی نداشت، بیمارانی از این نوع در بیمارستان پذیرفته نمی‌شدند. اما به هر حال پزشکانی که مسئول پذیرش بیماران بودند، بدون توجه به خواسته مدیر بیمارستان بیمارانی را برای فروید در خلال چهارده ماه کار او در بیمارستان می‌فرستادند. انتشارات بالینی فروید بالاخره باعث شد که او بتواند به عنوان استادیار بخش آسیب شناسی اعصاب در سال ۱۸۸۵ پذیرفته شود. در همان سال به او بورس مسافرتی دادند که او را قادر ساخت تا با شارکو[1] در پاریس موضوع هیستری[2] را مطالعه کند.

فروید در سال ۱۸۸۶ ازدواج کرد و مطب خصوصی خود را در وین باز کرد که با موفقیت کمی روبرو شد. در جولای ۱۸۹۷ زمانی که دچار مشکلی شد و تغییر حالتهای شدیدی در او ایجاد شده بود از قبیل ترس از مردن و عدم توانایی برای ادامه نوشتن، او شروع به تحلیل خود کرد و به عنوان بخشی از تحلیل خود از رؤیاهایش به عنوان دریچه‌ای به هوشیاری[3] استفاده کرد. در سال ۱۹۰۲ او دانشیار شد و در این پایه ۱۸ سال باقی ماند. فروید بالاخره در سال ۱۹۲۰ به مقام استادی کامل رسید و آن درجه را تا سال ۱۹۳۸ زمانی که از وین فرار کرد، حفظ نمود. یعنی سال کتابسوزی نازی‌ها (که شامل آثار او نیز شد) او در سال ۱۹۳۹ با سرطان فك در لندن دار فانی را وداع گفت. (آبلس[4] ۱۹۷۹، مك و سمراد[5] ۱۹۶۷)

زمینه نظری

فروید کار خصوصی خود را در زمانی آغاز کرد که جامعه پزشکی اکثراً از آنچه که امروز به عنوان پدیده روانشناختی (متضاد پدیده جسمانی و فیزیولوژیکی) به شمار می‌رود، آگاه نبودند. عمدتاً تمام اختلالات، به عنوان اختلالات جسمی تشخیص داده می‌شدند و درمان آن نیز در همه جا جسمانی و فیزیولوژیکی بود. هنگامی که فروید در مؤسسه فیزیولوژیکی «بروك» کار می‌کرد با جوزف بروئر[6] همکار شد و تحت تأثیر درمان موفق آنا

1. Charcot
2. hysteria
3. conscious
4. Abeles
5. Mack & Semrad
6. Breuer

توسط بروئر قرار گرفت. زمانی که در پاریس بود مشاهده کرد که شارکو از هیپنوتیزم[1] در درمان هیستری استفاده می کند. در سال ۱۸۸۷ فروید شروع به استفاده از هیپنوتیزم در کارهای خود کرد. اما در سال ۱۸۹۲ آن را کنار گذاشت و به تکنیك تمرکز روی آورد. در این فن از بیمار خواسته می‌شود که چشمهای خود را ببندد و بر یك تخت دراز بکشد و بر یك نشانه یا عارضه بیماری بخصوص تمرکز نماید و سعی کند که خاطرات خود را در رابطه با آن نشانه به یاد بیاورد. هم فروید و هم بیمارانش متوجه شدند که اصرار، وارسی و پرسش در تکنیك تمرکز باعث می‌شود که بر جریان آزاد فکر اثر بگذارد. در نتیجه او بتدریج (۱۸۹۵-۱۸۹۲) تکنیك تداعی آزاد[2] را ایجاد کرد. این نحوه کار بویژه در مورد بیمارانی که اختلالات هیستری داشتند، مؤثر واقع شد. فروید دریافت که این بیماران در ابتدا قادر نبودند که علت مناسبی برای بیماری خود پیدا کنند اما همچنانکه آنها از تداعی آزاد استفاده می کردند می توانستند حادثه‌ای را که پیش از عوارض بیماری اتفاق افتاده بود و اختلال قابل ملاحظه‌ای را ایجاد کرده بود به یاد بیاورند. به نظر می‌رسید واقعه‌ای که موجب اختلال هیجانی شده بود به طور ثابت و تغییر ناپذیری با بعضی از عوامل دوران کودکی بیمار ارتباط داشت.

این کشف در عوض منجر به این نتیجه شد که اغلب اوقات از به یادآوردن این خاطرات به دلیل درگیری با تجارب جنسی یا دیگر وقایع دردناك جلوگیری می‌شده است. زمانی که بیماران فروید از صحبت کردن در بارهٔ این گونه خاطرات از خود بی‌میلی نشان می‌دادند، فروید آن را به عدم اشتیاق آنها به همکاری یا «مقاومت»[3] آنان نسبت می‌داد. هر چه که فروید بیشتر در این پدیده تحقیق می کرد بیشتر قانع می‌شد که این بی‌میلی یا عدم اشتیاق یك مقاومت هوشیارانه و فعال نیست بلکه بواسطه نیرویی است که در ذهن بیمار وجود دارد. او این نیرو را سرکوبی یا واپس زنی[4] نامید. فروید سرکوبی را اساس و منشأ

---

1. hypnosis
2. free association techniaue
3. resistance
4. repression

به وجود آمدن نشانه‌های بیماری تلقی می کرد.

ابتدا فروید از یك عامل برجسته و بارز در اختلالات بیمارانش آگاه نبود اما هنگامی که هجده موردی را که قبلاً تحلیل کرده بود، دوباره بررسی نمود دریافت که یك عامل جنسی در همه آنها یافت می‌شود. آزمایشات بیشتر در مورد نشانه‌های بیماری‌های غیر از هیستری مانند وسواسهای فکری[1] وسواسهای عملی[2]، هراس[3] آشکار نمود که این بیماران از آثار باقیمانده از تجارب جنسی اولیه ناراحت هستند. اندیشه‌ها و آرزوهای بزرگسالان نیز به خاطر وجود ارزشهای اخلاقی در آنها برای بیماران قابل قبول نبود. بیماران ابتدا این افکار پریشان را از طریق دور کردن آنها از آگاهی خود خنثی و بی‌اثر کرده بودند. اما متأسفانه آن افکار دور و بی‌اثر نماندند، زیرا تجارب بعدی باعث رها سازی و آزادی آن افکار به صورت دیگری شدند بنابر این علایم و نشانه‌های بیماری باعث شد که آرزوهای اولیه و سرزنش و ملامت خود که ناشی از داشتن آن آرزو است آشکار شود. فروید همچنین کشف کرد که خاطرات بیماران از فعالیت‌های جنسی دوران اولیه کودکی در واقع فقط یك نوع خیالبافی است. در نتیجه او تمایلات و آرزوهای ناهوشیار را به عنوان عامل اصلی و تعیین کننده آسیب شناسی روانی دانست. (رادر ۱۹۷۶). در واقع فروید (۱۹۶۲) یك تعریف عملی از روان درمانی ارائه کرد که در آن تعریف مفاهیم سرکوبی، فعالیت‌های ذهنی ناهوشیار و انتقال[4] را با یکدیگر ترکیب کرده بود. سرکوبی که اساس نظریه روانکاوی است به نوبه خود از طریق انتقال آشکار می‌شود.

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

اصل لذت(pleasure principle) به مفهوم اساسی روانکاوی گفته می‌شود که بشر

---

1. obsession
2. compulsion
3. phobia
4. transference

به طور غریزی سعی دارد تا از درد و ناراحتی پرهیز کرده و جهت ارضا و لذت تلاش کند.

اصل واقعیت(reality principle) عبارت است از مفهومی که اصل لذت به طور معمول به وسیله خواست‌های غیر قابل اجتناب و شرایط جهان خارج تغییر می کند.

اضطراب(anxiety) عبارت است از بیم، تنش یا احساس ناآرامی که ناشی از پیش‌بینی خطری است که منبع آن عمدتاً ناشناخته می‌باشد.

انتقال(transference)، این واژه به انتقال ناهوشیارانه احساسات و نگرشهایی اطلاق می‌شود که به دیگران منتقل می‌شود که معمولاً آن فرد روانکاو است. این احساسات و نگرشها در اصل با شخصیت‌های مهم اوایل زندگی فرد، یعنی والدین ارتباط و پیوند دارد.

انتقال متقابل(countertransference) عبارت از واکنش هوشیار یا ناهوشیار درمانگر نسبت به بیمار است.

پالایش(catharsis) تخلیه درمانی افکار از طریق گفتگو و صحبت کردن در بارهٔ موضوعات هوشیارانه است که همراه با واکنش‌های هیجانی مناسب می‌باشد و در معنایی عمیق‌تر پالایش، تخلیه موضوع سرکوب شده از ناهوشیار به هوشیار است.

تثبیت(fixation) یعنی هنگامی که بلوغ روانی جنسی در مرحله‌ای متوقف شود. تأخیر در رشد را تثبیت می‌نامند.

تحلیل آموزش(training analysis) یعنی تحلیل منش کسی که قرار است در آینده روانکاو یا تحلیل گر بشود این کار به منظور تربیت او در چارچوب مفاهیم و مسائل روانکاوی صورت می گیرد.

تخلیه هیجانی(abreaction) یعنی آزاد یا رهاسازی هیجانی ناشی از یادآوری آگاهانه یك تجربه دردناك که به خاطر غیر قابل تحمل بودنش سرکوب شده بود.

تداعی آزاد(free association) عبارت است از گفتار خود انگیخته و سانسور نشدهٔ بیمار در بارهٔ هر آنچه که به ذهنش می‌رسد. تداعی آزاد تکنیك اولیه، برای تخلیهٔ مطالب سرکوب شده است.

تعادل حیاتی(homeostasis) گرایش موجود زنده برای حفظ و نگهداری و استواری و ثبات محیط درونی خود است.

خودشیفتگی(norcissism) شخصیتی است در افسانه‌های یونانی که عاشق خود شد. خودشیفتگی یعنی عشق به خود که مخالف عشق به دیگران است.

خود یا من(ego) بخشی از ساختار شخصیت که واسطه‌ای است بین شخص و واقعیت. وظیفه نخست آن عبارت است از درك واقعیت و تطابق با آن. خود همچنین می‌تواند به‌عنوان واسطه‌ای بین تقاضاهای نهاد و فراخود عمل کند.

روان رنجوری انتقال(transference neurosis) یعنی یك روان رنجوری مصنوعی که در خلال درمان روانکاوی واقع می‌شود و روانکاو نمایندهٔ یکی یا هر دو والدین است. گویی که روانکاو، یکی از والدین واقعی بیمار در دوران کودکی اوست.

روش تمرکز(concentration method) پیش درآمد تداعی آزاد است. این روش اولیه بیمار را مجبور می‌سازد که فکر خود را بر یك نشانهٔ خاص متمرکز کرده و سپس سعی نماید که خاطرات همراه با آن را به یاد بیاورد.

زیست مایه(libido) یك انرژی یا سائق روانی است که معمولا با غریزه جنسی همراه می‌باشد.

سائق(drive)، وراثت عامل تعیین کنندهٔ سائق است. سائق تشکیل دهنده روان است. زمانی که فعال می‌باشد، یك حالت هیجان روانی را ایجاد می‌کند. این هیجان یا تنش فرد را وادار به فعالیت می‌کند.

عقده اختگی(castration complex) یعنی مجموعه‌ای از افکار هیجانی که ناهوشیار بوده و به ترس از دست دادن عضو جنسی مربوط می‌شوند که معمولاً به عنوان مجازاتی برای تمایلات جنسی ممنوع شده می‌باشد. این ترس به خیالپردازی‌های دوران کودکی زمانی که تصور می‌کند آلت جنسی زنانه به خاطر از دست دادن آلت جنسی مردانه است مربوط می‌شود.

عقده ادیپ(oedipus complex)، ادیپ نیز شخصیتی در افسانه‌های یونانی است که پدرش را کشت و با مادرش ازدواج کرد. در اینجا به دلبستگی به یکی از والدینی که مخالف جنس اوست اطلاق می‌شود. این دلبستگی با احساسات حسادت آمیز و تهاجمی نسبت به والد همجنس خودش همراه است.

غبطه آلت(penis envy) به معنی دقیق کلمه به غبطه‌ای که زنان نسبت به مردان دارند اطلاق می‌شود. به طور کلی این مطلب اشاره دارد به آرزوی زنان نسبت به مرد بودن یا موقعیت و امتیازات مردان را داشتن.

غریزه(instinct) طبق نظر فروید یك میل یا گرایش اولیه است که نمی‌تواند قبلاً رفع شود.

فراخود(super ego) بخشی از ساختار شخصیت است که با اخلاقیات، معیارها و انتقاد از خود همراه است. فراخود به وسیله همانندسازی کودك با افراد مهم و محترم در دوران اولیه زندگی بخصوص با والدین شکل می گیرد.

فرایند ثانویه(secondary process) یعنی فعالیت و تفکر ذهنی که ویژگی «خود» است و از خواست‌های محیط متأثر می‌باشد.

فرایند نخستین(primary process)، روانکاوان این واژه را معمولاً برای فعالیت‌های ذهنی نامنظم که ویژگی یك زندگی ذهنی ناهوشیار است به کار می‌برند که علامت آن تخلیه آزاد انرژی و هیجان روانی بدون توجه به تقاضاهای محیط یا واقعیت یا منطق است.

مقاومت(resistance) عبارت است از دفاع روانی هوشیارانه یا ناهوشیارانه فرد در برابر آشکار شدن موضوعات و مطالب سرکوب شده.

مکانیسم دفاعی(defense mechanism)، مکانیسم‌های دفاعی یا «دفاعهای از خود» که عبارت است از دفاعهای درون روانی[1] ویژه که به طور ناهوشیار عمل می کنند و به منظور رهایی از تضاد هیجانی و آزادی از اضطراب به کار گرفته می‌شوند.

ناهوشیار(unconscious) بخشی از ذهن یا کارکرد ذهنی است که فرد مستقیماً قادر به دسترسی به محتوای آن نیست. این بخش انبار و مخزن مطالب سرکوب شده می‌باشد.

نهاد بخشی از ساختار شخصیت است که مأمور تنظیم ناهوشیار، کوششها و امیال غریزی فرد است. **نیمه هوشیار** به افکاری اطلاق می‌شود که در آگاهی فوری و بی‌واسطه قرار ندارد اما می‌توان از طریق کوشش آگاهانه آن را به یاد آورد.

1. intrapsychic

هوشیاری (conscious) بخشی از زندگی فکری یا ذهنی که فرد در هر لحظه از زمان بدان آگاه است.

ماهیت انسان

اگرچه نظریه روانکاوی نظریه بسیار پیچیده‌ای است و گاهی درك آن بسیار مشکل می‌باشد، اما به نظر می‌رسد که دربارهٔ ماهیت انسان دارای هفت نوع فرض اساسی است. (آلن ۱۹۷۷، صفحه ۶۰)

۱. شخصیت نظام انرژی بسته‌ای است که به وسیله امیال زیستی و غریزی تغذیه و تقویت می‌شود.

۲. این امیال به سمت کاهش تنش‌های زیستی هدایت می‌شوند. و با محدودیت‌های محیطی و ممنوعیت‌های اخلاقی در تضاد قرار می‌گیرند.

۳. رشد روانی از طریق برخورد موفقیت‌آمیز با خواسته‌های متغیر و متضاد غرایز، محیط و اجتماع به وجود می‌آید.

۴. رشد از مراحل تکاملی ثابتی عبور می‌کند. نیازمندی‌های هر مرحله باید پیش از آنکه شخص بتواند به مرحله بعدی برود، تأمین شود.

۵. فعالیت‌های انسان کاملاً جبری است. به عنوان مثال تمام رفتارهای انسان ناشی از عوامل تعیین کننده هوشیار و ناهوشیار می‌باشند. انسان هرگز تصادفی یا خودانگیخته و آزادانه عمل نمی‌کند.

۶. ناهوشیار عامل تعیین کننده رفتار است، طبق قوانین و بر اساس یك الگوی پویا عمل می‌کند. عوامل مؤثر ناهوشیار نسبت به ناهوشیار تأثیر بیشتری بر افکار و اعمال انسان دارد.

۷. از آنجا که برقراری تعادل میان مجموعه نیروهای پیچیده‌ای که با یکدیگر رقابت می‌کنند مشکل است، رشد بآسانی خنثی می‌شود و بنابراین دستیابی به حالت سلامت طبیعی مشکل می‌شود.

در آثار ادبی روانکاوی اشارات بسیار زیادی به سائقهای غریزی یا صرفاً غرایز وجود دارد «سائق» برگردان دقیق‌تری از واژهٔ TREIBO فروید است. فروید نظریه انگیزش خود را

چندین بار مورد تجدیدنظر قرار داد و بالاخره به این مفهوم دست یافت که سکس و پرخاشگری دو سائق هستند که ارتباط و پیوند بیشتری با آسیب شناسی روانی دارند. این دو سائق سه خصیصه اساسی دارند که در سائقهای دیگر وجود ندارد.

الف. خصیصه میان فردی بودن، یعنی متوجه افراد دیگر است.

ب. تغییر پذیر بودن، یعنی به صور مختلف ارضا می‌شوند.

ج. تأخیر پذیر بودن، یعنی لزومی به ارضای فوری آنها نیست.

فروید دریافت که بیمارانش تضادهای شدیدی را تجربه کرده‌اند که عمدتاً ناهوشیار بوده و اغلب به طور جدی رفتار و احساسات آنها را تحت تأثیر قرار داده است. این تضادها برخلاف تضادهای هوشیار، عموماً نامناسب و نسبت به منطق و استدلال بی تأثیر هستند و بآسانی حل نمی‌شوند و ریشه در تجربیات کودکی دارند. اساس این تضادها در میان برخی سائقها، آرزوها یا احساسات خاص و خواست‌های واقعی یا بایدهای وجدان نهفته است. اگر این آرزوها و سائقها در هوشیاری پذیرفته شوند باعث اضطراب و احساس گناه شدید می‌شوند. مکانیزمهای دفاعی نیز همان پاسخهای اجتنابی ناهوشیارند که هم از شناخت این آرزوها و هم از دستیابی به آنها جلوگیری می کنند و بنابراین فرد را قادر می‌سازند تا از احساسات ناخوشایند و تنبیه دوری جوید. شدت درد و نگرانی‌های بیماران فروید در مورد خودشان و جهان پیرامونشان تفاوتهای قابل ملاحظه‌ای داشت لذا، فروید معتقد بود که سائقها از نقطه نظر شدت و ضعف با یکدیگر متفاوتند، این مطلب او را به این نتیجه رساند که فرد هنجار و ناهنجار تنها از نظر کمی با یکدیگر متفاوتند یعنی از نظر میزان شدت و ضعف با هم فرق می کنند و نه از نظر نوع. (پریس ۱۹۷۲، رادر ۱۹۷۶)

ساختار شخصیت

در تفسیر رؤیا فروید کوشش می کرد تا نظریه مکانی ذهن را نشان دهد. او ذهن را به سه ناحیه ناهوشیار، نیمه هوشیار و هوشیار براساس رابطه‌ای که با هوشیاری دارند تقسیم کرد. او نظریه خود را از طریق تفسیر رؤیا، تحلیل روان رنجوری‌ها و مطالعه آسیب‌شناسی روانی، شوخ طبعی‌ها، شوخی‌ها و لغزشهای کلامی زندگی روزمره و مانند اینها استنباط نمود.

ناهوشیار ناهوشیار انبار و مخزن افکار و احساسات سرکوب شده می‌باشد؛ معمولاً مطالب ناهوشیار قابل دسترسی به صورت آگاهانه نمی‌باشند و تنها از طریق نیمه‌هوشیار که به عنوان سانسور کننده و یا دروازه بان عمل می کند، می توانند هوشیار شوند. افکار سرکوب شده تنها زمانی هوشیار می‌شوند که نیمه هوشیار فرد مسلط شود (از نشانه‌های روان رنجوری یا روان درمانی) و یا در حالت آرامش عضلانی قرار گیرد (هیپنوتیزم یا حالتهای شبیه به رؤیا) و یا وقتی که خود را فریب می دهد (شوخی‌ها).

ناهوشیار با آنچه که فروید آن را «فرایند تفکر نخستین»[1] نام داد ارتباط و پیوند دارد. ناهوشیار به سوی ارضای آرزوها، رهاسازی انرژی غریزی هدایت می‌شود (اعمال مربوط به اصل لذت) بنابراین ناهوشیار در ضمن انجام کار و عمل به منطق توجهی ندارد، تضادها را نشان می‌دهد. از گفتن «نه» اجتناب می‌ورزد. هیچ مفهومی از زمان ندارد و آرزوها را بیان می کند. محتوای ناهوشیار به آرزوهایی محدود می‌شود که به دنبال برآورده شدن هستند و مواد لازم برای شکل گیری رؤیاها و نشانه‌های روان رنجوری‌ها را فراهم می سازد و بالاخره ناهوشیار شامل نمودهای ذهنی و شقوق مختلف غرایز و مخصوصاً غرایز جنسی می‌باشد. (مك و سمراد ۱۹۶۷)

نیمه هوشیار (preconscious) این ناحیه از ذهن در زمان تولد وجود ندارد ولی در تعامل کودك با محیط شکل گرفته و رشد می کند. عناصر مربوط به ناهوشیار تنها زمانی می توانند هوشیار شوند که به کلمات دست یابند و بعد به نیمه هوشیار برسند. از طرف دیگر یکی از کارکردهای نیمه‌هوشیار این است که امیال و آرزوها را سانسور کرده و سرکوب می کند و بنابراین آنها را در ناهوشیار نگه می‌دارد. نوع فعالیت ذهنی که به نیمه هوشیار مربوط می‌شود، فرایند تفکر ثانویه[2] نام دارد که سعی می کند از ناخوشی اجتناب کرده (نه فقط اجتناب از درد)، تخلیه‌های غریزی را به تأخیر اندازد و انرژی ذهنی را در خدمت واقعیت برونی و منطق تنظیم نماید. (مك و سمراد۱۹۶۷)

1. primary process thinking
2. secondary process thinking

هوشیار (conscious) فروید ناحیه هوشیار را به عنوان نوعی اندام حسی مربوط به آگاهی که با ناحیه نیمه هوشیار از نزدیك کار می کند، در نظر گرفت. از آنجا که یك فرد ممکن است از طریق اندامهای خود از محرك ادراکی آگاهی یابد، تنها عناصر مربوط به نیمه هوشیار می توانند به هوشیار وارد شده و مابقی ذهن قابل دسترسی به آگاهی نیستند چنانچه شما به ذهن به عنوان یك توده یخ شناور بنگرید، تنها یك دهم قسمت بالای آن که از روی آب قابل مشاهده است ناحیه هوشیار ذهن می‌باشد. خط فاصل بین یخ و آب نیمه هوشیار است و نه دهم یخ در زیر آب ناهوشیار می‌باشد. (ملك و سمر اد ۱۹۶۷)

با انتشار مطلب خود و نهاد[1] در سال ۱۹۲۳ فروید نقطه نظر جدیدی را به الگوی ساختاری خود اضافه نمود. برای توضیح بیشتر و کاملتر می توان گفت که تضادهای درون روانی[2] فرد به طرق مختلف محدود شده است. از جمله اینکه فروید ذهن را به نهاد، خود و فراخود تقسیم می کند و در عین حال نیز ناهوشیار، نیمه هوشیار و هوشیار را نیز حفظ می نماید. او میان فرایند نخستین و فرایند ثانویه تمایز قائل می‌شود. فرایند نخستین یك الگوی ابتدایی، نامنظم و غیر منطقی است که تحت سلطه و کنترل فشارهای مربوط به واقعیت و زمان قرار نمی گیرد. قصد و نیت اصلی «تفکر فرایند نخستین» سرعت بخشیدن به تخلیه انرژی ذهن است. اصل لذت واژه‌ای است که کوشش غیر قابل تشخیص اجتناب از تنش را که جزء ذات فرایندهای نخستین است توضیح می‌دهد. از طرف دیگر فرایند ثانویه منظم‌تر و مهار شده است که ویژگی آن بازتاب و سلطه پذیری ضروریات مربوط به واقعیت، زمان و منطق است. فروید اصل واقعیت را به عنوان مکانیسم نظم دهنده برای فرایند تفکر ثانویه تدوین کرده است که این اصل بر تأخیر ارضای آنی برای به دست آوردن ارضا در آینده استوار است.

نهاد (id) فروید نهاد را به عنوان نظام اصلی شخصیت می‌داند. یك کودك تازه به دنیا آمده تماماً نهاد است. نهاد در طول زمان رشد نمی کند بلکه بدون تغییر باقی می ماند. نهاد یك

1. Ego and the id
2. intrapsychic

آشفتگی نامنظم است «یك دیگ غلیان مملو از شور و هیجان جنسی» (فروید ۱۹۳۳) نهاد شامل غرایز و منبع انرژی روانی می‌باشد. کارکرد نهاد این است که انرژی رها شده در ارگانیزم را تخلیه کند و سطح تنش را تا آنجا که ممکن است پایین نگاه دارد. برای انجام این کار نهاد در جستجوی ارضای فوری سائقهای غریزی می‌باشد. نهاد ممکن است در جستجوی کامرواسازی و تخلیه تنش چه به صورت مستقیم از طریق بازتاب حرکتی و یا غیرمستقیم از طریق برآوردن امیال (فرایند نخستین) باشد. از آنجا که نهاد بین واقعیت عینی و ذهنی تفاوتی قائل نمی‌شود. فرایند نخستین ممکن است توهّم‌ها[1] یا رؤیاها را برای برآورده کردن سائقهای غریزی نهاد ایجاد نماید. عملکرد نهاد ناهوشیار است ولی مترادف و مساوی با ناهوشیار نیست زیرا که بعضی از کارکردهای فراخود نیز ناهوشیار می‌باشند. (پرایس ۱۹۷۲)

خود همچنانکه روز به روز نوزاد تعامل بیشتری با دنیای بیرون برقرار می کند بخشی از نهاد به عنوان «خود» تفکیك می‌شود. خود، جدای از نهاد رشد می کند زیرا که ارگانیزم، نیاز به کنار آمدن با دنیای بیرون دارد. خود، مانند نهاد در جستجوی کامروایی است ولی برخلاف نهاد، خواست‌های دنیای بیرون را به حساب می آورد. به‌عنوان مثال خود قادر است که کامروایی کوتاه مدت را به جهت اطمینان از کامروایی بلندمدت در آینده به تأخیر بیندازد. بنابراین خود به وسیله اصل واقعیت اداره می‌شود و به وسیله «فرایند تفکر ثانویه» عمل می کند. «خود» بر تجربیات گذشته تأکید دارد و می خواهد مؤثرترین شیوهٔ دست یابی به کامروایی را مورد قضاوت قرار دهد. بنابراین خود بخش سازمان یافته نهاد و مجری شخصیت است. کارکردهای «خود» عبارت است از:

الف. رشد و حفظ «حس واقعیت»[2]

ب. آزمایش واقعیت از طریق ارزیابی و قضاوت عینی از جهان بیرونی.

ج. تطبیق با واقعیت به وسیله استفاده از منابع و استعدادهای خود برای رسیدن به

---

1. hallucinations
2. sense of reality

راه‌حلهای رضایت بخش.

د. کنترل و تنظیم سائقهای غریزی.

هـ. رشد روابط عینی و ارضا کنندهٔ متقابل.

و. دفاع از خود در برابر تهدید (مك و سمراد ۱۹۶۷)

فراخود[1] در خلال سومین مرحله رشد (تناسلی)، کودکان دچار تعارض ادیپی می‌شوند. پسران مایلند مادرانشان را و دختران پدرانشان را در مالکیت خود داشته باشند. این امیال برای والدینی که همجنس آنها هستند ایجاد ناکامی می کند و خصومت حاصل (که برای والدین غیر قابل قبول است) منجر به تنبیه کودکان می‌شود. بنابراین در خلال رشد ارزشهای (مثبت یا منفی) والدین به وسیله کودك درونی می‌شود. آن بخش از خود که ارزشهای والدینی (یا اجتماعی) را درون فکنی می کند، فراخود نامیده می‌شود. فراخود از دو نظام فرعی تشکیل می‌شود: هوشیار و «خودآرمانی».[2] هوشیار، (ارزشهای درون فکنی شده از دیگران) بیانگر آن چیزهایی است که فرد معتقد است که نباید آنها را انجام بدهد. خود آرمانی (ارزشهایی که به‌وسیله کودك فراگرفته شده) نشانگر آن چیزهایی است که فرد علاقه‌مند به انجام دادن آنهاست. هر یك از آنها یا هر دو آنها اغلب در تعارض با نهاد قرار می گیرند. اما این تعارضها عمدتاً در سطح ناهوشیار عمل می کنند.

فروید در آثار اولیه خود این سه ناحیه از ذهن را به صورت اصول سازمان یافته و منظم ارائه نمود. اما آثار بعدی فروید و پیروانش این نواحی را به صورت مادی نشان دادند که دارای زندگی و واقعیت خاص خودشان هستند. (مك و سمراد ۱۹۶۷)[3].

رشد شخصیت

فروید عقیده داشت که شخصیت در پنج سال اول زندگی بخوبی شکل می گیرد. مجموعه‌ای از مراحل رشد روانی جنسی وجود دارد که گرچه در مورد افراد مختلف متفاوت است اما اصول آن برای همه یکسان می‌باشد. برای درك کامل نظریه فروید باید

1. superego
2. ego ideal
3. Mack & Semrad

به‌یاد داشته باشیم که او واژه جنسیت (سکس) را در معنای وسیع‌تری از آنچه که امروزه به کار می‌رود مورد استفاده قرار داد. نواحی شهوتزا[1] از نظر فروید شامل دهان[2]، مقعد[3] و اندام تناسلی[4] است. جنسیت در برگیرنده تحریك همه نواحی شهوتزا می‌باشد (البته نه لزوماً به‌طور همزمان) بنابراین آنرا می‌توان بیشتر به مفهوم لذت[5] مرتبط دانست تا عطش جنسی تناسلی.[6] معهذا فروید معتقد بود که نواحی شهوتزا در رشد شخصیت اهمیت دارند. زیرا که منبع اولیه برانگیختگی جنسی برای نوزاد هستند. بعلاوه تحریك این نواحی کودك، اغلب به سانسور والدین منتهی می‌شود که به نوبه خود منجر به درماندگی و اضطراب می‌گردد. فروید سه مرحله پیش تناسلی[7] را تشخیص داد، دهانی[8]، مقعدی[9] و آلتی[10]. پس از این مراحل، مرحله نهفتگی قرار دارد (یعنی پنج یا شش سال دوران آرامش فرد پس از مرحله نهفتگی وارد مرحله نهایی، دیرپا و تناسلی می‌شود. (پرایس ۱۹۷۲)

مرحله دهانی در خلال یك سال اول زندگی نوزاد، دهان منبع اولیه لذت و کاهش تنش می‌باشد کار دهان ابتدا جذب و گرفتن غذاست. پس از آنکه دندانها به‌وجود آمدند نوزاد از گاز گرفتن، مکیدن و بلعیدن (جذب) لذت می‌برد. این دو فعالیت یعنی جذب و گاز گرفتن ممکن است در ویژگی‌ها و صفات شخصیتی متمایزی آشکار شود. به‌عنوان مثال کودکی که در حالت جذب تثبیت شده است ممکن است انسان ساده‌لوح و زودباوری بشود که هرچه را به او می‌گویند قبول می‌کند (می‌بلعد و فرو می‌برد) کودکی که گاز می‌گیرد ممکن است به بزرگسالی تبدیل شود که از نظر کلامی پرخاشگر است و غیبت همه کس را می‌کند.

از آنجا که نوزاد تقریباً به طور کامل در این مرحله چه از لحاظ حفاظت و چه تغذیه

1. erogenous
2. mouth
3. anus
4. genital organs
5. pleasure
6. genital sexuality
7. pregenital stages
8. oral
9. anal
10. phallic

وابسته به مادر است. ممکن است در رابطه بین مادر و کودک دو نوع تهدید که به استواری و پایداری کودک در آینده مربوط می‌شود وجود داشته باشد مثلاً اگر رابطه بسیار نزدیک و راحت باشد کودک ممکن است بیش از حد وابسته به مادر بشود. از سوی دیگر اگر رابطه بسیار دور و اضطراب آور باشد ممکن است در کودک احساسات عدم امنیت که برطرف شدنی هم نیست، به‌وجود بیاید. چنانچه رابطه به طور مناسبی گرم و نزدیک باشد و زیاده‌روی هم وجود نداشته باشد کودک مهر، عطوفت و اعتماد به دیگران را در زندگی خود رشد می‌دهد (آبلس ۱۹۷۹، پرایس ۱۹۷۲)

مرحله مقعدی در خلال سال دوم کودک از فشاری که به مقعدش وارد می‌شود به عنوان یك عامل ناراحت کننده آگاه می‌شود. همچنانکه کودک کشف می کند که چگونه از این ناراحتی رهایی یابد والدین آموزش آداب توالت رفتن را به او شروع و تحمیل می کند. این نخستین تعارض بین والدین و کودك است. در اینجا نیز کیفیت رابطه میان والدین و کودك بسیار تعیین کننده است. اگر والدین بیش از حد خشن باشند کودك ممکن است با نگهداری مدفوع خود طغیان کند و با گذشت زمان ممکن است شخصیت «مقعد نگهدار»[1] (کینه توز و لجوج) در او ایجاد شود. اگر رابطه راحت باشد و کودك به خاطر کوششهایش مورد تحسین قرار گیرد اساس و پایه برای خلاقیت و کارآیی در بزرگسالی ایجاد می گردد.

مرحله آلتی بین سنین سه تا پنج سالگی رشد روانی - جنسی پسران و دختران براساس اینکه آنها آلت مردانگی دارند یا نه، از یکدیگر متمایز می‌شوند. در خلال این دوره پسر با آلت تناسلی خود مشخص می‌شود و علاقه شدیدی به آن نشان می‌دهد. خیالبافی های جنسی و کنجکاوی درباره سکس افزایش می‌یابد و استمنا تکرار می‌شود. تهدید اختگی زمانی به صورت یك ترس واقعی در می آید که پسران کشف می کنند که دختران آلت تناسلی مردانگی را ندارند. دختران وقتی آگاه شوند که آلت تناسلی مردانه را ندارند، احساس محرومیت می کنند و غبطه می خورند. فروید به این عقیده‌اش که دختران و پسران به آلت تناسلی مردانه ارزش زیاد می گذارند و ترس از اخته شدن دارند، سخت پایبند بوده است.

---

1. anal retentive

مشخصه برجسته مرحله آلتی برای هر دو نوع جنس عقده ادیپی است که پیش فرض آن این است که کودك به سمت یکی از والدین مخالف جنس خود به صورت شهوانی کشیده می‌شود و در مورد دیگری عصبانیت و خشم را تجربه می کند. پسر، پدر خود را به‌عنوان رقیب عواطف مادر خود می‌بیند. او می تواند هم در مورد جای پدر را گرفتن (یعنی معشوقه مادر خود بودن) خیالبافی نماید و هم جانشین مادرش شود (معشوقه پدرش شود) مورد اول به عقده ادیپی مثبت مربوط می‌شود در حالیکه در مورد دوم (گاهی اوقات) به عنوان عقدهٔ ادیپی منفی شناخته می‌شود. در عقده ادیپی مثبت کودك از این هراس دارد که پدرش رقیب خود را از طریق صدمه زدن به اندام او تنبیه کند. (اضطراب اختگی). در عقده ادیپی منفی پسران از این می ترسند که شبیه مادرانشان شوند یعنی بدون آلت تناسلی. در هر دو حالت کودك هویت خود را از دست می‌دهد.

دختران ممکن است با پدر خود از این جهت رابطه برقرار کنند که او را رقیبی برای عواطف مادر می‌انگارند؛ اما قاعده این است که رقابت آنها بشدت پسران نیست دختران خردسال هنگامی که به خاطر از شیر گرفتن و آموزش آداب توالت رفتن احساس درماندگی می کنند، شروع به دوری جستن از مادر کرده و به سمت پدر میل پیدا می کنند این نارضایتی هنگامی عمیق تر می‌شود که او مادرش را سرزنش می کند که چرا به او آلت تناسلی مردانه نداده است. همین که احساسات او نسبت به پدرش شدت یافت در مورد داشتن آلت تناسلی و حذف مادرش به عنوان رقیب خیالبافی می کند. بزودی تمایل به داشتن آلت تناسلی مردانه راه‌را برای تمایل او به اینکه از پدرش بچه‌دار شود باز می کند. (آبلس ۱۹۷۹)

مرحله نهفتگی[1] هنگامی که کودك به سن پنج یا شش سالگی می‌رسد طوفانهای مرحله ادیپی کاهش یافته و خاطرات مربوط به آن سرکوب می‌شود. احساسات جنسی به‌طور فزاینده‌ای جای خود را به احساسات عاطفی می‌دهد و از شدت دشمنی و خصومت او کاسته می‌شود در خلال این مرحله «خود» تقویت می‌شود. کودك فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و وقت بیشتری را با کودکان همجنس خود می گذراند و با همسانی

1. latency period

بیشتری به اصل واقعیت می چسبد. تمام این تغییرات حاکی از عملکرد فرایند ثانویه است. ارزشهای بیشتر و بیشتری از والدین را درون‌فکنی می کند و به این ترتیب هسته اصلی فراخود را تشکیل می‌دهد. مرحله نهفتگی تا زمان بلوغ در سن یازده سالگی ادامه می‌یابد و به طور کلی می توان گفت که بین نه تا چهارده سالگی است. (آبلس ۱۹۷۹)

مرحله تناسلی سه مرحله اول رشد را می توان با ویژگی خودشیفتگی[1] شناخت. اما در مرحله تناسلی این «عشق به خود»[2] تغییر کرده و به عشق به دیگران تبدیل می شود. با آغاز بلوغ کودك به مرحله‌ای از رشد وارد می شود که احتمالاً رفتار بالنده «دگرخواهی جنسی»[3] به اوج خود می‌رسد. در این مرحله نهایی از رشد یك فرد بهنجار از فعالیت‌های دهانی-مقعدی یا فعالیت‌های «خودزاد»[4] لذت نمی‌برد. چه دختر و چه پسر از «اضطراب اختگی»[5] یا عقده ادیپی حل نشده رنج نمی‌برد، بلکه از داشتن رابطه با جنس مخالف بیشترین لذت را می‌برد. آثار مراحل پیش تناسلی به طور کامل از بین نمی‌رود بلکه با آثار مرحله تناسلی آمیخته می‌شود. بنابراین سازمان نهایی شخصیت فرد کارکرد همه مراحل رشد است که سعی دارند بر منش فرد بزرگسال تأثیر بگذارند. (آبلس ۱۹۷۹، پرایس ۱۹۷۲)

رشد رفتار ناسازگار[6]

طبق نظر مك و سمراد در سال ۱۹۶۷، نظریه روان رنجوری‌ها (یا نوروتیك مانند هیستری، نوروز وسواس[7] و هراس[8]) هسته اصلی مفهوم روانکاوی آسیب شناسی روانی است. روان رنجوری‌ها زمانی به وجود می آیند که تعارض درون روانی بین سائقها (معمولاً سائقهای جنسی) از یك طرف و ترسها از طرف دیگر وجود دارد. این تعارض از برآورده شدن سائقها در واقعیت جلوگیری می کند. وقتی که انرژی لیبیدوی سائق (زیست مایه سائق)

1. narcissistic
2. self - love
3. heterosexual
4. autoerotic
5. castration anxiety
6. maladaptive behavior
7. obsessional neuroses
8. phobia

تخلیه نمی‌شود پس باید خود سائق سرکوب گردد. در هر صورت فرایند سرکوبی باعث ناهوشیار شدن سائق می‌شود و قدرت یا انرژی آن از بین نمی‌رود. در نتیجه انرژی محصور سائق سرکوب شده به صورت یك نشانه نوروتیك (روان رنجوری) ظاهر می‌شود.

در طول رشد شخصیت دگرگونی‌های زیادی ممکن است به رشد یك رفتار ناسازگار یا آسیب‌روانی کمك کند محرومیت از گرمی مادرانه و عدم مواظبت از کودك در چند ماهه اول زندگی می‌تواند رشد «خود» را مختل کند. شکست در همانندسازی مناسب، باعث می‌شود که «خود» به عنوان مجری شخصیت تضعیف شود. ناهمسانی والدین، پرخاشگری بیش از حد و یا آسانگیری زیاد، ممکن است به کارکرد نامناسب فراخود منتهی شود. تعارض میان سائقهای غریزی ممکن است به کارکرد نامناسب فراخود منتهی شود. تعارض میان سائقهای غریزی ممکن است قدرت «خود» را برای تقعید یا والایش هر یك از سائقهای متعارض کاهش دهد و بنابراین «خود» را از عملکرد مستقل باز می‌دارد.

به طور خلاصه، روان رنجوری به دلیل عدم وجود تعادل بین تکانه‌هایی که در جستجوی تخلیه و رهایی هستند از یك طرف، و نیروهای پویایی که وظیفه کنترل آنها را به‌عهده دارند از طرف دیگر به وجود می‌آید؛ وقتی که تکانه‌ها نتوانند در هوشیاری تحمل شوند و فرد نتواند به طور مؤثری در برابر آنها دفاع کند، «خود» راه دیگری ندارد جز اینکه نشانه‌های روان رنجوری ایجاد نماید. که در این صورت به عنوان روان رنجور شناخته می‌شود. بنابراین هدف رفتار روان رنجور اولیه کاهش تنش یا تعارض است. (مك و سمراد ۱۹۶۷)

فروید در خلال تجارب بالینی خود دریافت که بیمارانش به کمك فن جدید تداعی آزاد می‌توانند تجربیات دوران کودکی خود را به یاد آورند تجربیاتی که بدون تداعی آزاد در ناهوشیاری مدفون باقی می‌مانند بعلاوه این تجارب «آسیب‌زا»[1] ترسناك می‌باشند. زیرا آنها رابطه بین والدین و کودك را تهدید می‌کنند. تجربیات اکثراً عبارت بودند از فعالیت‌های جنسی و یا خیالبافی‌ها. کودك به منظور حفاظت از «خود» در روابط اجتماعی تجربه را

1. traumatic

انکار، و خاطرهٔ خود را سرکوب می‌نماید. بنابراین دفاع از خود به سمت سرکوبی تکانه‌ها، سائقها و بویژه سرکوب بیان مستقیم غریزه جنسی هدایت می‌شود تا بتواند فرد را با تقاضاهای جهان خارج منطبق نماید. وقتی که تجربه آسیب‌زای کودکی سرکوب می‌شود، برانگیختگی همراه با آن نیز سرکوب می‌گردد. از آنجا که برانگیختگی یك انرژی روانی است و انرژی نیز هرگز از بین نمی‌رود، انرژی سرکوب شده به شکل سائقهای لیبیدو در نهاد باقی می‌ماند. در زندگی یك بزرگسال برخی وقایع جاری ممکن است انرژی را از خروجی‌های جدیدی رها سازد اما خاطره آن تجربه اولیه سرکوب شده باقی می‌ماند. ممکن است خروجی جدید یك عارضه آشکار روان‌رنجوری باشد.

اضطراب تخلیه انرژی لیبیدو (زیست مایه) تهدیدی برای «خود» محسوب می‌شود. اضطراب وجود خطر را برای «خود» علامت می‌دهد. فروید اضطراب را یك احساس ناخوشایند تعریف می‌کند که با برانگیختگی نظام مستقل عصبی پیوند و ارتباط دارد. او سه نوع اضطراب را از یکدیگر متمایز می‌دانست:

الف. اضطراب واقعیت[1]

ب. اضطراب روان‌رنجوری[2]

ج. اضطراب اخلاقی[3]

در هر سه اضطراب «خود» به وسیله نیروهای درونی و یا بیرونی تهدید به اضمحلال می‌شود؛ این سه نوع فقط از نقطه نظر منبع اضطراب با یکدیگر فرق می‌کنند یعنی دنیای واقعی «خود» یا جهان ناهوشیار نهاد یا امر و نهی‌های والدینی فراخود.

«اضطراب واقعیت» یا عینی عبارت است از یك تجربه هیجانی ناخوشایند که از ادراك فرد از خطرات دنیای واقعی ناشی می‌شود مثلاً ترس یك دونده از اینکه در هنگام دویدن در جاده با اتومبیل تصادف کند. این ترس یك پایه و اساس عینی در واقعیت دارد. این «خود» است که تهدید «اضطراب واقعیت» را تجربه می‌کند و این «خود» است که یاد

1. reality anxiety
2. neurotic anxiety
3. moral anxiety

می گیرد چگونه با «اضطراب واقعیت» از طریق دوری جستن از موقعیت‌های تهدید کننده کنار بیاید. در مورد «اضطراب روان رنجوری» «خود» از این می ترسد که به وسیله تقاضاهای غریزی نهاد غوطه‌ور شود. اضطراب روان رنجوری ممکن است به سه طریق ظاهر شود. «اضطراب شناور آزاد»[1]، ترس مرضی و واکنش وحشتزدگی[2]، شخصی که «اضطراب شناور آزاد» را تجربه می کند دارای بیم مزمن از احتمال وقوع خطر است. «تجربه ترس مرضی» عبارت است از ترس شدید و غیر معقول از برخی چیزها یا وقایع خاص. ویژگی واکنش وحشتزا ظهور ناگهانی یك ترس شدید و تضعیف کننده است که علت ظاهری برای آن وجود ندارد. اضطراب اخلاقی نتیجه تعارض بین تکانه‌های نهاد و عملکرد منظم فراخود است و عموماً با احساس گناه و شرمساری شدید همراه می‌باشد.

روان رنجوری‌ها بدون توجه به منبع اضطراب تنها به خاطر وجود تعارض نیست بلکه حاصل توزیع کمی انرژی‌هاست. بنابر این رفتار هنگامی آسیب‌پذیر است که غیر قابل اداره گردد و در زندگی روزانه فرد مداخله نماید.

مکانیسم‌های دفاعی[3]

اگر اضطراب «خود» را از وجود خطر آگاه می‌سازد حال «خود» چگونه با این خطر مواجه می‌شود به عقیده فروید دو راه وجود دارد یا «خود» مشکل را به صورت واقعی حل می کند و یا به روشهای غیر معقول و ناهوشیار پناه می‌برد تا واقعیت را تحریف یا انکار نماید فروید این شیوه‌های غیر معقول را «مکانیسم‌های دفاعی» یا «دفاع از خود» نامید. دفاع از خود در مراحل اولیه رشد فرد به وجود می آیند. این دفاعها حاصل کوششهای «خود» برای میانجیگری بین فشارهای نهاد و مقتضیات عالم بیرونی است. مکانیسم‌های دفاعی دارای دو ویژگی مشترك هستند:

الف. آنها ناهوشیارند.

ب. اعمال آنها برای انکار یا تحریف واقعیت است.

---

1. free floating anxiety
2. panic reaction
3. defense mechanisms

گرچه ناهنجاری‌های رشد و یا کارکردهای مکانیسم‌های دفاعی با آسیب‌پذیری ارتباط دارند اما خود این مکانیسم‌ها یك آسیب نیستند در واقع وظیفه اساسی این مکانیسم‌ها فقط حفظ موجودیت متعادل و هنجار فرد است. اگرچه در میان روانکاوان در مورد تعداد این مکانیسم‌ها و یا اهمیت نسبی آنها اتفاق نظر وجود ندارد اما بعضی از نظرات از حمایت عمومی برخوردار است که ما براساس دوری این مکانیسم‌ها از واقعیت، آنها را مرتب کرده‌ایم. به عنوان مثال دلیل تراشی واقعیت را کمی تحریف می کند در حالی که مکانیسم انکار در آخر لیست قرار دارد و واقعیت را کاملاً انکار می کند. (آبلس ۱۹۷۹، فروید ۱۹۶۶، پرایس ۱۹۷۲)

دلیل تراشی[1] شخصی که رفتار خود را به شیوه‌ای اجتماع پسندانه توضیح می‌دهد، از دلیل تراشی برای حفظ عزت نفس خود استفاده کرده است. دانشجویی که در امتحان شکست می خورد واقعیت را با این توضیح توجیه می کند که «من تمام وقت مطالعه خود را صرف دوست بیمارم کرده‌ام» (به این کار حتی اگر واقعاً او نزد دوست بیمار خود بوده است، دلیل تراشی می گویند.) پدری عصبانی که به پسرش می گوید که «این کار مرا بیشتر از تو ناراحت می کند.» این گفته نیز دلیل تراشی است.

واپس زنی (سرکوبی)[2] سرکوبی، مکانیسمی است که بدان وسیله تکانه‌های غریزی ناشی از نهاد به دلیل تعارض با خود و فراخود مورد تهدید قرار گرفته و از هوشیاری بیرون می‌روند. سرکوبی ممکن است به یکی از چند روش زیر صورت گیرد: ممکن است ادراکات شنوایی یا بینایی را تحریف کند و یا ممکن است خاطراتی را که همراه با وقایع آسیب‌زا یا دردناك هستند، محو نماید. پسر بزرگسالی که قادر نیست ناز و نوازش کردن خواهر کوچکتر خود را به یاد آورد به خاطر این است که این خاطره دردناك را سرکوب کرده است.

جابه‌جایی[3] یعنی جایگزین کردن موضوع تکانه‌ها با یك موضوع جانشینی برای

1. rationalization
2. repression
3. displacement

مثال مردی که از فیلمهای جنسی به جای فعالیت واقعی جنسی لذت می‌برد؛ یا زنی که خشم خود از شوهرش را از طریق بداخلاقی با بچه‌هایش نشان می‌دهد. هر دوی اینها از جابجایی استفاده می‌کنند.

همانندسازی[1] هرگاه شخصی ویژگی‌های شخصیت دیگری را گرفته و آنها را از آنِ خود کند، می‌گویند از همانندسازی استفاده نموده است. فردی ممکن است با معشوق خود همانندسازی کند تا غم از دست دادن او را به حداقل برساند (مانند بیوه‌ای که در انتخابات برای کرسی شوهر فوت شده‌اش شرکت می‌کند.) ممکن است فردی با «احساس گناه» همانندسازی کند تا بدان وسیله خود را تنبیه نماید. (مانند معتادی که اعتیاد را ترك کرده و حالا مشاور معتادان می‌شود.) یا ممکن است فرد، با یك فرد پرخاشگر برای غلبه بر وحشت همانندسازی کند مانند گروگانی که به گروگانگیر خود ملحق می‌شود.

تبدیل[2] تبدیل به معنی تغییر شکل تکانه‌های روانی به اختلال جسمی است. به عنوان مثال: فلج هیستریایی[3] دست، می‌تواند یك مصالحه یا سازش سمبلیك میان میل به استمنا[4] کردن و منع فراخود از این کار باشد.

انزوا[5] انزوا به معنی انشعاب یك فکر از احساس مربوط به آن است که فکر هوشیارانه به یاد آورده می‌شود در حالیکه احساس همراه با آن فکر به صورت ناهوشیار سرکوب می‌شود. انزوا می‌تواند وجه مشترك تفکر طبیعی باشد. اما ضمناً توانایی یك مراجع وسواسی را نشان می‌دهد که افکار خشن و مختل خود را به شیوه‌ای آرام و متفاوت نشان می‌دهد.

واکنش وارونه[6] این مکانیسم دفاعی فرد را قادر می‌سازد تا یك تکانهٔ غیرقابل قبول را تغییر شکل داده و مخالف آن را بیان دارد. یکی از ویژگی‌های اولیهٔ واکنش وارونه

1. identification
2. conversion
3. hysterical paralysis
4. masturbate
5. isolation
6. reaction formation

مبالغه است یعنی فرد خیلی زیاد اعتراض می کند. گاهی اوقات هر دو تکانه، یعنی تکانۀ اولیه و عکس آن در کنار یکدیگر وجود دارند؛ مانند عشق و نفرت.

عمل‌زدایی[1] کوششی است که از طریق برخی اعمال تقابلی[2] معین برای باطل کردن، یا بی‌اثر کردن کاری که قبلاً انجام گرفته، صورت می گیرد (حال این کار، چه در واقعیت انجام شده باشد یا در خیال). رفتارهای شاخص مربوط به آیین‌های مذهبی و یا وسواس فکری عملی بعضی از روان‌رنجورها (مانند دست شستن، افسون گری‌ها) از جمله آنهاست.

فرافکنی[3] در این مکانیسم دفاعی یك چیز غیرقابل قبول در مورد خود به دیگری نسبت داده می‌شود (یعنی فرافکن می‌شود). بر این اساس فردی که احساسات جنسی نسبت به دیگری را تجربه می کند اما نمی تواند این احساسات را بپذیرد ممکن است برای دفاع از آن، دیگری را متهم به رفتار ناشایست نماید مثلاً بگوید که «او مرا دوست دارد.» در حالی که منظورش این است که «من او را دوست دارم».

انکار[4] انکار یك مکانیسم دفاعی نسبتاً ابتدایی است که اغلب در کودکان یافت می‌شود. وقتی که تکانه نهاد به خاطر اوضاع و شرایط مربوط به واقعیت ناکام می‌شود، مکانیسم انکار مداخله کرده تا «خود» را از ناکامی در برابر اوضاع و شرایط واقعی مصون دارد. مثالهای انکار در عمل می‌تواند کودکی باشد که پدر و مادرش از او بهره کشی کرده‌اند و در عین حال کودك به آنها متوسل می‌شود؛ و یا مادری که فرزند مرده خود را تکان می‌دهد.

نظریه درمان

دلیل تغییر

تغییر در روانکاوی هنگامی رخ می‌دهد که ناهوشیار، هوشیار شود. این بدان معنی است که «خود» تقویت شود و فراخود کم اثر شده و یا حذف گردد و مراجع آگاهی بیشتری

1. undoing
2. counteractions
3. projection
4. denial

از نهاد پیدا کند. در فرایند درمان، بیمار با واقعیات زندگی خود سر و کار دارد؛ مانند خیالبافی‌ها که می‌تواند به خاطر آورده شود. بعبارت دیگر درمان در روانکاوی با عمل‌زدایی و سرکوبی سر و کار دارد. به ترتیبی که نیروهای سرکوبگر و کوششهای سرکوب شده هر دو به طور صحیح و مؤثر مورد توجه قرار می‌گیرند. یکی از اهداف اولیهٔ درمان روانکاوی این است که بیمار مطالب بیشتری را بیان کند. (فاین ۱۹۷۳)

فرایند درمان

روانکاوی معمولاً از سه مرحله عمده عبور می‌کند آشناسازی[1]، روان رنجوری (نوروز) انتقالی[2] و مرحله پایان[3]. فروید این سه مرحله را با مراحل آغاز، میانی و پایانی بازی شطرنج مقایسه کرده است. (استوارت و لوین ۱۹۶۷)

آشناسازی در خلال مرحله اول درمان، تحلیل گر کوشش می‌کند که به داستان زندگی بیمار، پی ببرد یعنی تصویری از تعارضهای عمده‌ای را که بیمار با آن مواجه است و همچنین راههایی را که برای حل تعارض مورد استفاده قرار داده را به دست آورد. مطلب دوم در این مرحله ایجاد یك ارتباط کاری خوب با بیمار است؛ و از جمله مطالب دیگر، آموزش دادن به بیمار است، که یك بیمار باشد.

در ابتدای تحلیل باید بیمار را از قواعد بنیادی مانند تداعی آزاد مطلع ساخت. در خلال مرحله اول، تحلیل گر باید کاملاً مراقب باشد که بیمار از قوانین بنیادی که عموماً به عنوان مقاومت تفسیر می‌گردد، منحرف نشود. البته حتی مقاومتها نیز، در خلال تداعی آزاد کشف می‌شوند. (آبلس ۱۹۷۹، استوارت و لوین ۱۹۶۷)

روان رنجوری انتقال روان رنجوری انتقال، هنگامی تقویت می‌شود که بیمار بیشتر گرفتار و مشغول زمان حال است تا گذشته و بویژه متوجه فرایند تحلیل می‌گردد.

---

1. orientation
2. tranference neurosis
3. termination

روان رنجوری انتقال را می توان با شبکه انتقال متغیر اما مستمر شناسایی نمود که در آن بیمار موضوعات اساسی گذشته را دوباره به یاد می آورد. مطالب جدیدی را که بیمار به یاد می آورد، می توان مجموعه الگوهایی دانست که بیمار بر آنها تمرکز مجدد یافته و متوجه تحلیل گر می کند و به عنوان پاسخی به کل محیط تحلیل است. اصولاً روان رنجوری انتقال به عنوان يك مانع جدی برای درمان محسوب می‌شود زمانی که تحلیل گر در می‌یابد که از آن طریق می تواند تعارضهای اولیه دوران کودکی بیمار و راه حلهای مورد استفاده او را مورد مشاهده قرار دهد آنوقت روان رنجوری انتقال، محور کار تحلیل واقع می‌شود.

در مرحله دوم تحلیل رابطه بین تحلیل گر و بیمار باید بقدری محکم و استوار شده باشد که بیمار بتواند فشارهای روان رنجوری انتقال را تحمل کند. نکته اصلی مورد توجه در این مرحله، این است که آیا بیمار درصدد دستیابی به مشاهده خویش است یا خیر آیا توانایی ارزیابی عینی تجربیات هیجانی خود را دارد؟ (فروید ۱۹۶۶، استوارت و لوین ۱۹۶۷)

مرحله پایانی این مرحله، زمانی شروع می‌شود که بیمار بسیاری از موقعیت‌های کودکی خود را رها کرده و شروع به حل تعارضهای کودکی خود به شیوه‌ای مؤثر نموده است. زمانی می توان به اهداف تحلیل دست یافت که بیمار بقدر کافی آزاد شده باشد که بتواند راه خود را تشخیص بدهد. شاید مهم‌ترین کار این مرحله انحلال انتقال مثبت یا منفی است که باعث شده تحلیل تا این مرحله به جلو برده شود.

اهداف درمان

اهداف اصلی روانکاوی برطرف نمودن عوارض آسیب‌ها از طریق به هوشیاری در آوردن افکار و احساسات سرکوب شده می‌باشد. روانکاوی طراحی شده است تا ناهوشیار را به هوشیاری تبدیل کند و موضوعاتی را که قبلاً سرکوب شده‌اند را به درون ساختار کلی شخصیت به‌صورت یکپارچه در آورد. و هر اندازه که این هدف بدست آید بیمار کنترل زندگی خود را دوباره بدست می آورد و بهتر می تواند تصمیم گیری کند و خود و دیگران را به‌صورت مستقیم، هوشیار و دقیق تجربه کند. این کار ممکن است نیازمند يك تجدید

سازماندهی وسیعی در ساختار شخصیت فرد باشد. اما به هر حال از آنجا که نمی‌توان همه نواقص شخصیت را برطرف نمود. تحلیل گر سعی می‌کند که بیمار را به حالت تعادل برگرداند.

از میان معیارهای مؤثر درمان که عمدتاً قابل قبول همگان است موارد زیر را می‌توان برشمرد:

الف. نیاز هوشیارانه فرد به رنج کشیدن کاهش می‌یابد.

ب. بازداری‌های نوروتیك کمتر می‌شود.

ج. نیازهای مربوط به وابستگی کودکانه کاهش می‌یابد.

د. ظرفیت برای مسئولیت افزایش می‌یابد.

هـ. در ازدواج، روابط اجتماعی و کار موفقیت کسب می‌گردد.

و. توانایی خوشحال شدن را دارد. (ابیلز[۱] ۱۹۷۹)

آموزش درمانگر

نخستین مؤسسه آموزش روانکاوی در سال ۱۹۲۰ در برلین تأسیس شد. رئیس مؤسسه با مشورت اعضای جامعه روانکاوان برلین افراد را برای آموزش در این مؤسسه انتخاب می‌نمود و هدف آن تربیت عضو برای این جامعه بود. آموزش به سه مرحله عمده تقسیم شده بود: نخست آموزش چگونگی تحلیل خود این افراد؛ این مرحله یك تا سه سال برای تحلیل شخصی طول می‌کشید. مرحله دوم، آموزش نظری، مرحله سوم، آموزش عملی بالینی که مشتمل بود بر تحلیل نظارت شده و سمینارهای موردپژوهی.

استانداردهای کنونی آموزش روانکاوی

جامعه روانکاوان آمریکا در سال ۱۹۸۰ استانداردهای لازم برای آموزش روانکاو را بیان می‌کند و معتقد است که برای آنکه فردی واجد شرایط آموزش شود باید از دانشکده پزشکی با معدل «الف» فارغ‌التحصیل شده باشد و یك سال در یك بیمارستان قابل قبول در

---

1. Abeles

رشته روانکاوی، دوره کارآموزی را گذرانده باشد. آموزش روانکاوی شامل چند مرحله است:

الف ـ تحلیل مقدماتی حداقل سیصد ساعت.

ب ـ مطالعه کتب در نظر گرفته شده (عمدتاً کتب فروید).

ج ـ دروسی که با نظریه کاربردهای بالینی و روشهای تحلیل مرتبط است که گذراندن این دروس بیش از سه سال طول می کشد.

د ـ شرکت در سمینارهای موردی و کنفرانسهای بالینی به طور مستمر.

هـ ـ آموزش پیشرفته در تحلیل کودك.

(لیستی از مؤسسات آموزش قابل قبول این رشته در آمریکا در پایان کتاب آورده شده است.)

کارکرد درمانگر

کار روانکاو عبارت است از آماده ساختن بیمار جهت برخورد با موضوعات کشف شده و حساسیت زدایی موضوعات آزارنده روانی. گاهی این اقدام شکل تعلیم به خود می گیرد و بر آموزش بیمار برای درون‌نگری متمرکز است تا بیمار از رهنمودهای درونی خود آگاه شود و گاهی نیز این فرایند درگیر کشف مقاومت‌های بیمار جهت تحلیل است. در مواقع دیگر روانکاو به طور مستقیم با موضوعات آزارنده روانی سر و کار دارد.

نقش تحلیل گر این است که گوش بدهد، مشاهده کند و نظر خود را بیان نماید (تفسیر). موضع درمانگر در اینجا یك موضوع آموزشی است که در آن او، هم معلم برای آموزش مفاهیم است و هم بیمار را در یك دنیای ترساننده و عجیب هدایت می کند روانکاوی یك رویکرد حل مشکل است که در آن مشکل بررسی می‌شود و راه‌حلهای مختلف آن امتحان شده، و بالاخره راه‌حلی برای آن یافت می‌شود. درمان در درجه اول بر عامل عاطفی تأکید دارد و تحلیل گر در تمام مدت با احساسات مراجع سر و کار دارد. شناخت و رفتار مراجع ابتدا در رابطه با احساساتی که آنها را بیان می کند و یا انتقال می‌دهد، درك می گردد. عوامل میان فردی از جمله عوامل اصلی و عمده است که از طریق انتقال نهفته استنباط می‌شود.

درمانگر باید گرم و پذیرا باشد و قضاوت نکند. یك تحلیل گر، در درجه اول به اهداف درمان توجه دارد و نه بر جریان عادی و معین درمان. او مانورها و مقاومتهای فرآیند انتقال بیمار و ساختار شخص روان رنجور را درك می کند. اشتباهات و خطاهای اساسی و تعیین کننده در روشها به خاطر تفسیر های ناپخته، ناقص، غیر صحیح و یا غلط نیستند بلکه به خاطر این است که بیمار نمی تواند به تجربه‌ای دست یابد که زندگی او را تغییر دهد و در این راه شکست می خورد. ممکن است که چنین اشتباهاتی به دلیل عدم وجود همدلی و یا استفاده از روش غلط صورت گیرد و البته این روش نیست که اشتباه است، بلکه اشتباه در ایجاد رابطه است. رابطه‌ای که از نظر هیجانی و شخصی برای بیمار بسیار مهم است. (فاین ۱۹۷۳، رادر ۱۹۷۷، استراب ۱۹۷۳).

درمان

تکنیک های عمده

تداعی آزاد «قاعده بنیادین» تحلیل این است که بیمار موافقت می کند که کاملاً صادق بوده و هر آنچه را که به ذهنش می‌رسد آشکار نماید. حتی اگر آن چیز، ناخوشایند، موهن و یا پیش پا افتاده و پوچ باشد. این قاعده در تمام طول درمان وجود دارد اما در خلال مرحله تداعی آزاد اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. به یك معنی تداعی کاملاً آزاد نیست و به وسیله نیروهای ناهوشیار هدایت می‌شوند از قبیل:

الف ـ تعارض های بیماری‌زای روان رنجوری

ب ـ آرزوی خوب شدن و بهبود یافتن.

ج ـ تمایل به خشنود کردن روانکاو.

فعل و انفعال میان این نیروها می تواند بسیار پیچیده باشد و ممکن است حتی روانکاو را نیز تهدید نماید.

در خلال تداعی آزاد، بیمار بر روی یك صندلی راحت و در یك اتاق نیمه تاریکی آرمیده است، روانکاو بالای صندلی می نشیند به طوری که در معرض دید بیمار نباشد. بیمار حرفهای خود را انتخاب نمی کند و حق ندارد مطلبی هرچند جزئی، بی ربط و

ناراحت کننده و یا دردناك را حذف نماید. کار روانکاو این است که بدقت به حرفهای بیمار گوش کند و سعی نماید که مطلب او را درك کرده و لحظه مناسبی را پیدا کند تا مطالب آشکار شده بیمار را تفسیر نماید. از جمله عناصری که تفسیر می‌شوند عبارتند از مقاومت‌های نمادین (سمبلیك)، انتقال، خاطرات دوران کودکی، رؤیاها و زبان نمادین (یعنی معانی نمادین کلماتی که توسط بیمار به کار می‌رود) تداعی آزاد در طول مدت درمان به جز موارد مربوط به بحثهای دوره‌ای در مورد تعبیر و تفسیرها ادامه می‌یابد. (استوارت و لوین ۱۹۶۷)

تحلیل انتقال[1] روانکاو با قبول همه مطالبی که در خلال تداعی آزاد آشکار می‌شوند فضایی را به وجود می‌آورد که در آن بیمار بتواند عمق روان خود را دریابد. روانکاو به جای آنکه افشاگری‌های بیمار را به عنوان چیزی مرموز، بیمارگونه و ترساننده ببیند، حقیقت آن رویداد را می‌پذیرد. بیمار بتدریج نگرش روانکاو را نسبت به موضوع پذیرفته و به جای اینکه بیان مطالب او را درهم بشکند و مضمحل کند، خود را عمیقاً درگیر آن می‌کند بعبارت دیگر به بیمار اجازه داده می‌شود و یا حتی تشویق می‌شود که با احساس امنیت رجعت و بازگشت کند. بخشی از این رجعت درمانی مشتمل است بر نسبت دادن احساسات سرکوب شده بیمار به درمانگر در رابطه با افراد مهم زندگی او در گذشته؛ به همین دلیل بیمار ممکن است محبت، بخشش و یا راهنمایی روانکاو را طلب کند. یعنی او ممکن است از اینکه روانکاو او را ترك کرده و یا سرزنش و تمسخر نماید بترسد. بیمار ممکن است از دست روانکاو عصبانی شود و یا به او وابسته گردد و یا حتی احساس تعلق کند. روانکاو عمدتاً حمایت، درك و ثبات را به صورت تعبیر و تفسیر ارائه می‌کند. این کار بیمار را قادر می‌سازد تا دریابد که این احساسات مخل زندگی او در طول درمان و یا در خارج از درمان هستند. بیمار می‌تواند درك جدید و پخته‌تری برای رشد الگوهای رفتاری قابل انطباق به دست آورد.

تحلیل مقاومت نه مقاومت و انتقال، هیچیك از جمله روشهای روانکاوان نیستند،

---

1. analysis of transference

بلکه مهارتهای روانکاو، در تشخیص تسهیل و تفسیر بیمار است که روش او را به وجود می‌آورند. با توجه به مقاومت، روانکاو، ابتدا بیمار را با مقاومت او مواجه می‌سازد (مانند تأخیر ورود و یا نپذیرفتن تفسیر روانکاو) و سپس معنا و اهمیت آن را کشف و تفسیر می‌کند. (مك و سمراد ۱۹۶۷)

تحلیل رؤیا فروید ابتدا زمانی از اهمیت رؤیا آگاهی یافت که متوجه شد بیمارش در تداعی آزاد رؤیاهایش را برای او بیان می‌دارد و نتیجه گرفت که رؤیا بیان هوشیار خیالپردازی ناهوشیار است. رؤیا رویدادهای مربوط به روزهای گذشته است که از بخش ناهوشیار ذهن برمی‌خیزد. از آنجا که ناهوشیار نیز شامل خاطرات روزهای گذشته است لذا مکانیسم و نمادهای رؤیا می‌تواند اطلاعات با ارزش را درباره رویدادهای گذشته آشکار نمایند. تحلیل رؤیا موضوعات و مطالبی را معلوم می‌کند که سرکوب شده‌اند. رؤیایی را که بیمار ممکن است آن را به یاد بیاورد و یا به یاد نیاورد «رؤیای آشکار»[1] نامیده می‌شود و عناصر این رؤیا را «محتوای آشکار رؤیا»[2] می‌نامند. افکار و امیال ناهوشیاری که نفرت انگیزند و رؤیا را به وجود می‌آورند، «محتوای نهفته رؤیا»[3] نامیده می‌شود کار روانکاو این است که محتوای نهفتهٔ رؤیا را کشف و تفسیر نماید که این کار معنای واقعی رؤیا است. (مك و سمراد ۱۹۶۷، استوارت و لوین ۱۹۶۷).

فرایند تعبیر و تفسیر در روانکاوی کلاسیك مداخله‌های درمانی تنها محدود به تعبیر و تفسیر بود. بنابراین عبارت روانکاوی به معنی شناختن و توضیح (تفسیر) تعارضهای ناهوشیار است روانکاو توجه بیمار را در طول مدت درمان به رویدادهای «درون‌روانی» و رویدادهای «درون فردی» جلب می‌کند. بنابراین تحلیل در روانکاوی بر «بیمار» متمرکز است و تعبیر و تفسیر رؤیاها بر این اساس صورت می‌گیرد. از آنجا که رؤیاها منبع مناسبی هستند که اطلاعات مربوط به رابطه انتقالی بیمار با روانکاو را فراهم می‌سازند لذا یکی از محرکهای اصلی برای تشکیل رؤیا رابطه تحلیلی است. در نهایت

1. manifest dream
2. manifest dream content
3. latent dream content

پیشنهاد می‌شود که تعارضهای اخیر نیز تعبیر و تفسیر شوند تا مانورهای دفاعی به کار گرفته شده توسط بیمار را آشکار نماید. (استوارت و لوین ۱۹۶۷).

پارامترهای درمان

فروید اصرار داشت که بیمارانش خود را متعهد به درمانهای طولانی یعنی شش روز در هفته بنمایند. او برآورد می کرد که روانکاوی حداقل شش ماه، و ممکن است حتی بیش از یك سال نیز طول بکشد. البته این مدت خیلی کمتر از روانکاوی مدرن است.

بعد از سنجش‌های مقدماتی مصاحبه‌ها و پذیرفتن بیمار به عنوان یك داوطلب مناسب برای روانکاوی، به بیمار آموزش داده می‌شود که روی صندلی راحتی بنشیند. درحالی که درمانگر خارج از دید او در بالای صندلی ایستاده است. بیمار در این حالت هرچه‌را که به ذهنش می‌رسد بیان می کند. هیچ چیز را هرچند جزئی، نامربوط، بیهوده، خجالت‌آور و یا حتی حمله و اهانت به درمانگر را حذف نمی کند. اینها درخواست‌های روانکاو از بیمار است که به طور مرتب سه یا شش بار در هفته به او مراجعه می کند و هر جلسه نیز چهل و پنج یا پنجاه دقیقه طول می کشد. بیمار قانون اولیه تداعی آزاد را رعایت می کند به طور متوسط اکثر تحلیل‌ها یا روانکاوی بین دو تا پنج سال و حتی در بعضی از موارد بیش از ده سال طول می کشد. انجمن روانکاوی آمریکا چهار جلسه در هر هفته را پیشنهاد می کند. (آبلس ۱۹۷۹، رادر ۱۹۷۷، استوارت و لوین ۱۹۶۷)

موردپژوهی

موردپژوهی زیر از دوالد (۱۹۷۲)

جلسه۲

بیمار: نمی‌دانم آیا باید در مورد مشکلات کنونی صحبت کنم یا در مورد مشکلات عاطفی خودم.

روانکاو: بگذار ببینم دلت چه می‌خواهد؟ چگونه می‌خواهی آنها را از هم جدا کنی؟

بیمار: من در مورد همه چیز تردید دارم. من مشکلات جدیدی هم دارم.

روانکاو: جزئیات را بگو.

بیمار: ما تصمیم گرفته‌ایم برای این کار یعنی روانکاوی پولی قرض نکنیم و در عوض خودمان مخارج آن را تأمین کنیم. (برنامه را شرح می‌دهد) ما مجبوریم هزینه‌های خود را کم کنیم و تام[1] قرار است کار اضافی بکند و من هم سعی خواهم کرد که یك شغل نیمه وقت بگیرم. احساس می کنم که گویی کارهای زیادی را باید انجام بدهیم ولی من مطمئن نیستم که بتوانیم آنها را انجام بدهیم. ضمناً می‌دانم که در ماه اکتبر بچه‌ای به دنیا می آورم.

روانکاو: در این مورد چه احساسی داری؟

بیمار: خوشحالم اما فکرش دیوانه‌ام می کند. بارداری باعث شده که احساس کنم برای خودم کسی هستم. من دارم به پول فکر می کنم و وقتی در این مورد فکر می کنم از بچه بدم می آید اگر بچه نباشد دیگر نگران پرداخت پول به روانکاو نخواهیم بود. اما باید به گونه‌ای این چیزها را حل کنم. انتظار داشتم همه آنچه را که احتیاج دارم به من می‌دادند. اما این طور نیست. فقط دو نفر توی این دنیا وجود دارند که مرا دوست دارند؛ به تلفن مادرم فکر می کنم و آنچه را که او به من گفت: او گفت که در مورد هزینه مراجعه من به روانکاو فکری خواهد کرد. من کس دیگری را ندارم که به او روی بیاورم کسی که چهار هزار دلار به من قرض بدهد.

روانکاو: جزئیات را بگو.

بیمار: او نزد آقای هریس[2] رفت و طلاق گرفت. الان دارد دوران معالجه خود را می گذراند دارم فکر می کنم که چقدر احساس انزجار می کنم (آن را تشریح می کند) احساس انزجار نسبت به پدر و مادر و خواهرم می کنم. به خواهرم حسادت می کنم احساس می کنم که با زنجیر به آنها بسته شده‌ام و همیشه در طول زندگیم همین طور بوده است. از آنها متنفرم. می‌دانم که می‌خواهم مستقل بشوم اما هنوز از نظر عاطفی احساس می کنم مثل یك بچه هستم درست مثل این است که احتیاج داشته باشم که

---

1. Tom
2. Harris

والدینم به من غذا بدهند و پوشك مرا عوض کنند.

روانکاو: از احساست در مورد خواهرت بیشتر بگو.

بیمار: او سال اول دانشگاه است و الان با خواهر بزرگتر من در اروپاست... بیشتر وقتها این احساس را داشتم که من فقط دلم می‌خواهد که از دستش راحت شوم.

روانکاو: منظورت از دست چی است؟

بیمار: احساس درماندگی زیادی می کنم. نمی توانم کاری کنم که محبت کسی را نسبت به خودم جلب کنم. از این موضوع ناراحتم ولی کاری نمی توانم بکنم. خواهرم درست مثل یك مجسمه می‌ماند هر قدر هم که به آن لگد بزنم نمی توانم به آن آزار برسانم.

روانکاو: چی به ذهنت می‌رسد؟

بیمار:... چون نمی توانم کاری بکنم به همین دلیل امتحان هم نمی کنم از آنها متنفرم. چه فایده‌ای دارد. اصلاً درست نیست دلم می‌خواهد فریاد بکشم. اما فایده‌ای ندارد.

روانکاو: احساس می کنی که زندگیت همیشه همینطور بوده است ؟چه پیوندهایی داشته‌ای؟

بیمار: همیشه همین طور بوده است من در خانواده‌ای به دنیا آمده‌ام که فقط با آنها سر کردم. مادرم از من بدش می آمد و پدرم به چیزی اهمیت نمی‌داد من هم مثل یك شیء بودم.

روانکاو: به نظر می‌رسد که تو بعضی از احساسات و افکارت را نگه می داری.

بیمار: وقتی که به این مطلب فکر می کنم خیلی مضطرب می‌شوم. الان دارم به مادرم فکر می کنم که چقدر از او متنفرم مادرم هیچ محبتی نسبت به من ندارد. معهذا احساس می کنم شاید من اشتباه می کنم. دلم می‌خواهد کسی به من بگوید «بله مادرت یك... بود».

روانکاو: چرا جمله را تمام نکردی؟

بیمار: یك هرزه.

روانکاو: چه چیزی به ذهنت خطور کرد که خواستی این کلمه را به کار ببری؟

بیمار: یك بار پدرم این کلمه را برای مادرم به کار برد. اگر بگذارم که هر چه به ذهنم می‌رسد بگویم منفجر می‌شوم.

روانکاو: جزئیات احساسی که ممکن است ترا منفجر کند چیست؟

بیمار: احساس می کنم که می خواهم مادرم را بکشم. دلم می خواهد که یك کارد بردارم و او را بزنم. اما می دانم که نمی توانم و واقعاً هم دلم نمی خواهد. در واقع دلم می خواهد که او را به روش دیگری آزار دهم. شاید بتوانم این کار را بکنم. اما من نمی خواهم که کاری برای خوشحالی او انجام بدهم تمام مشکلات من تقصیر مادرم است. تعجب می کنم؛ چرا فکر می کنم که به پدرم ارتباط دارد. او باعث شد که پدرم آن کارها را انجام بدهد، و من ناراحت شوم.

روانکاو: الان کاری به نتیجه گیری دربارهٔ اینکه چرا این طور احساس می کنی نداشته باشیم. منظور شما از این فکر که مادرت باعث شد که پدر آن کارها را بکند چیست؟

بیمار: به گونه‌ای احساس می کنم که سرنوشت پدرم اجتناب ناپذیر بود. او به پدرم کنایه می زد و از صحنه دورش می کرد (شرح می دهد) پدرم را به صورت یك بچه نگه می داشت. من پدرم را برای کارهایش سرزنش نمی کنم. او ناچار بود، اما مادرم را برای مشکلات خودش سرزنش می کنم. او سی سال است تلاش می کند که پدرم را زیر نفوذ خودش نگه دارد.

روانکاو: توضیح بیشتر بدهید.

بیمار: اگر مادرم بگوید بپر، او می پرد. او الان کار دیگری ندارد. مادرم مادرانه از او پرستاری می کند تا او را کنترل کند (شرح می دهد) پدرم دیگر یك مرد نیست. بهتره که من از دست آنها فرار کنم و با آنها هیچ ارتباطی نداشته باشم. چرا من از مادرم متنفرم؟

روانکاو: برگردیم سر احساست که اگر بخواهی بگذاری آنها بیان شوند منفجر می شوی. چی به ذهنت می رسد.

بیمار: احساس می کنم دستهایم فلج شده‌اند. نمی دانم می خواهم او را بکشم یا نه. می دانم که مطمئناً دلم می خواهد یقه او را بگیرم. می خواهم بایستم و فریاد بزنم یك بار این کار را کردم اما او همانجا نشست و به من نگاه کرد. چیزی مرا از این کار باز می دارد.

روانکاو: چی به ذهنت می آید؟

بیمار: . . . (در حالی که گریه می کرد) . . . مادرم را می‌بینم که روی زمین دراز کشیده و به اطراف می‌خزد و من بالای سر او ایستاده‌ام. بزرگ هستم و بر او کنترل دارم و او کاملاً درمانده است. . . نمی توانم این را تحمل کنم.

روانکاو: چه چیزی را نمی توانی تحمل کنی؟

بیمار: افکارم را نمی‌توانم تحمل کنم.

روانکاو: نمی‌دانم آیا دارید موقعیت خودتان را در آن تصویر برعکس می کنید؟ و شاید این شما باشید که در این لحظه احساس درماندگی می کنید.

بیمار: احساس می کنم که گویی قادر به ادارهٔ خودم نیستم. این احساسی است که همیشه با من همراه بوده است. احساس می کنم که گویی که یك چیز وحشتناکی اتفاق خواهد افتاد ممکن است بیهوش بشوم و یا اتفاقی بیفتد که نمی‌دانم. از این رو خیلی آسانتر است که دیگری مرا کنترل کند و بگوید که چه کنم. . . دارم به بچه‌هایم فکر می کنم. اگر این هیجانات روزی بیرون بریزد، می ترسم که وحشی و غیرقابل کنترل بشوم.

روانکاو: من فکر می کنم شما بین فکر و احساس از یك طرف، و عمل از طرف دیگر تفاوت قائل نیستید.

بیمار: بله بله (در حالی که آه می کشید) الان می ترسم به خانه بروم می ترسم که به بچه‌هایم آزار برسانم و یا کار دیگری بکنم. ای کاش می توانستم پرخاشهای خود را سر شخصی که دلم می‌خواهد خالی کنم؛ نمی توانم.

روانکاو: جزئیات بیشتری بگو.

بیمار: خصومت مادرم نسبت به پدرم بر سر من خالی می‌شد. من بد و بداخلاق بودم و گاهی نیز غیرقابل کنترل. مادرم به من می گفت: «خیلی شبیه پدرتی» . . . بعضی از اوقات می ترسم از اینکه بچه‌هایم را نزد پدر و مادر بگذارم؛ می ترسم آنها به بچه‌ها آسیبی برسانند. بعضی وقتها مادرم طوری به من نگاه می کرد مثل اینکه می‌خواست مرا بکشد (شرح می‌دهد) . . . الان احساس درماندگی می کنم و نمی توانم دفاع کنم و برای این دختر کوچولوی درمانده (خودش) احساس تأسف می کنم.

روانکاو: به نظر می‌رسد که در تداعی‌های شما اختلافات چندی وجود دارد. گویی که شما می‌ترسید از اینکه اینجا بدون تصحیح کردن حرفی بزنید.
بیمار: گاهی وقتها سر وقتش می‌روم. منتظر فرصت هستم... این مرا می‌ترساند... احساس می‌کنم خیلی احمقانه است. نمی‌توانم... وقتی مثل الان دیوانه می‌شوم، احساس جنسی به من دست می‌دهد مثل این است که دارم استمنا می‌کنم.
روانکاو: دربارهٔ ترس از بیان آن به طور مستقیم چه چیزی به ذهن شما خطور می‌کند؟
بیمار: به هر حال از احساساتم می‌ترسم. می‌ترسم اگر من این چیزها را بگویم شما فکر کنید چقدر آدم وحشتناکی هستم.
روانکاو: اگر به شما پیشنهاد کنم که به خاطر روانکاوی همه محدودیتهای معمول خود را کنار بگذارید و هر چه که به ذهنتان می‌رسد بگویید. آنوقت من می‌توانم واکنش درستی داشته باشم. کار ما امروز در همین جا متوقف می‌شود.

در این جلسه هدف اصلی روانکاو این است که به بیمار کمك کند تا او کار تحلیل گری و روانکاوی را فرا بگیرد. همین هدف بود که روانکاو را وادار کرد تا دربارهٔ جدا کردن «مشکلات کنونی» از «مشکلات عاطفی» اظهار نظر کند. همین طور علت درخواست روانکاو از بیمار برای بیان جزئیات مطالب بر اساس همین هدف بود.

کاربرد

فروید اشخاص و اختلالهایی که در حیطه کار روانکاوی می‌باشند را بوضوح و روشنی معرفی نمود. اینکه بیماران باید کمتر از پنجاه سال داشته باشند. از هوش معقولی برخوردار باشند قادر به انجام کارهای معمولی بوده و نباید دارای نقص شخصیتی عمیق و یا معلولیت‌های جسمانی شدید باشند. بعلاوه به نظر فروید بیمارانی که افسردگی، گم گشتگی و یا روان پریشی شدیدی دارند، کاندیدای خوبی برای روانکاوی نیستند. او اعتراف داشت که روانکاوی کاری پر هزینه طاقت‌فرسا و وقتگیر است. به بیمارانی که مایل یا قادر نیستند که این سختی‌ها را تحمل کنند توصیه می‌شود که از جایی دیگر کمك دریافت دارند. از طرف دیگر فروید این طور نوشته است که بسیاری از بیمارانش وقتی نزد او می‌آمدند، که از شیوه‌های دیگر نتوانسته بودند کمك بگیرند. (آبلس ۱۹۷۹)

از آنجا که روانکاوی به آموزش نیاز دارد، بسیار بعید به نظر می‌رسد که یك مشاور از روشهای روانکاوی و یا روشهای وابسته به آن در کارش استفاده کند. اما به هر حال دانش نظری و عملی دربارهٔ روانکاوی می‌تواند درك مشاور را از موارد زیر تسهیل نماید:

الف. نقش روابط اولیه در زندگی کنونی مراجع.

ب. امکان انتقال و انتقال متقابل در رابطه.

ج. استفاده و سوءاستفاده از «دفاعهای خود»[1].

وضعیت موجود

از آغاز جدایی آدلر[2] و یونگ[3] از حصار روانکاوی، رویکردهای نوفرویدی[4] چندی دربارهٔ روان درمانی به وجود آمده است. یکی از آنها روانشناسی فردی آدلر است که به تفصیل در فصل بعد مورد بحث قرار می‌گیرد. و بقیه این رویکردها نیز در متون مختلف ارزش مطالعه کردن را دارند. در بقیه این قسمت مرور مختصری خواهیم داشت بر درمان روانکاوی متأخر به عنوان چیزی که از روانکاوی کلاسیك به وجود آمده است و به عنوان نمایندهٔ درمانهای نوفرویدیسم دیگر است. این مطلب عمدتاً از رادر گرفته شده است. (۱۹۷۶)

از زمان مرگ فروید در سال ۱۹۳۹ روان شناسی خود[5] سعی نمود تا بعضی از تأکیدهای زیادی را که بر پدیده ناهوشیاری روان شناسان نهادگرا می‌شد تصحیح نماید. در حال حاضر توجه و اهمیت بیشتری به انطباق هوشیارانه و کنترل کارکردهای «خود» می‌شود. چارچوب «روان شناسی خود» تغییراتی را در استانداردهای درمان روانکاوی متأخر به وجود آورد و بر آن تأکید نمود و آن را در مورد مردم به کار بست در حالی که قبلاً این کار برای روانکاوی نامناسب تشخیص داده می‌شد؛ مانند بیماری روان پریش یا بیماران دارای اختلالات شخصیتی.

جلسات درمان روانکاوی متأخر معمولاً یك یا دوبار در هفته برگزار می‌شود

1. ego defenses
2 . Adler
3. Yung
4. Neo - freudian
5. Ego psychology

در حالی که بیمار و درمانگر در طول درمان روبروی یکدیگر قرار می گیرند. مسئولیت بیمار این است که مطالبی را بیان نماید اما قانون اصلی تداعی آزاد هم می تواند مورد استفاده قرار بگیرد و هم قرار نگیرد. در نتیجه اظهارات بیمار بیشتر به سوی واقعیت گرایش دارد. تمرکز بر روی زندگی کنونی و عمدتاً بر روی روابط خارج از درمان بیمار استوار است. اهداف درمان روانکاوی متأخر بسیار محدودتر از اهداف روان درمانی است و بیشتر بر مشکلات کنونی تمرکز دارد درمانگر در روانکاوی متأخر، تعامل بیشتری با بیمار دارد (نسبت به تحلیل گر در روانکاوی) و نگرشها و احساسات خود را بیشتر در میان می گذارد. هر چند که ممکن است واکنش‌های انتقال صورت گیرد اما بر استفاده از روان رنجوری انتقال به عنوان وسیله درمان تأکید نمی‌شود.

اهداف عمده درمان روانکاوان متأخر عبارت است از کمك به بیماران برای اینکه خود را کاملاً بشناسند، تعارضها و نفوذ خود را بر رفتارهایشان درك کنند و از امکان پاسخگویی به شیوه‌ای متفاوت در آینده آگاه شوند. درمان شامل تأکید بر ریشه‌های تعارضهای ناهوشیار یا مطالب سرکوب شده است. همین که بیماران از این افکار و امیال و یا احساسات آگاه شوند، بهتر می توانند آنها را دوباره در زندگی هوشیار خود یکپارچه نمایند. کار درمانگر این است که فضایی را بیافریند که در آن بیمار احساس آزادی کرده و در مواردی که همراه با اضطراب، گناه و شرمندگی است، تعمق نماید.

نقد

پشتوانه پژوهشی

لابورسکی و اسپنس در سال ۱۹۷۸ مطالعه وسیعی را در مورد نوشته‌های مربوط به پژوهشهای کمّی درمان روانکاوی انجام دادند و به نتایج زیر رسیدند:

صفات بیمارانی که برای روانکاوی مناسب‌ترند چهار صفت اولیه این بیماران به شرح زیر است:

الف. کارکرد کلی شخصیت آنها خوب باشد (یا فقدان آسیب روانی شدید).

ب. سن کمتر.

ج. اضطراب بیشتر.

د. سطح تحصیلی بالاتر. (اضطراب شدید در بیمارانی که کارکرد کلی شخصیت آنها خوب است خود یك عامل پیشگیری می‌باشد).

صفات مناسب برای روانکاوان پژوهش کوچکی که در مورد عقاید سرپرستان دربارهٔ کاندیداهای روانکاوی صورت گرفته، بیانگر این موضوع است که روانکاوان سالم کمك بیشتری می‌توانند به بیمارانشان بکنند تا روانکاوانی که فاقد واقع‌بینی و اعتماد به نفس هستند و یا سالم نمی‌باشند.

نتیجه نتایج بعضی از مطالعات نتوانسته است کارآیی و سودمندی درمان روانکاوی را نشان دهد (مطالعات نامشخص) و بعضی از مطالعات مطالب بیشتری را دربارهٔ ماهیت درمان و تغییراتی که در خلال روانکاوی صورت می‌گیرد. بیان داشته است (مطالعات مشخص‌تر). شواهد نشان می‌دهد که بیماران مایلند که سطح تجربه و خویشتن نگری خود را بالا برده و بر این اساس بهبود کلی می‌یابند، از انتقال استفاده می‌کنند و «خود» را نیرومند می‌سازند. تقریباً می‌توان گفت که مقایسه کنترل شده‌ای بین روانکاوی و دیگر اشکال درمان وجود ندارد و آنهایی هم که وجود دارد ما را به نتیجه‌ای نمی‌رساند.

فرایند روانکاوی مطالعات کمّی از چهار مفهوم عمده تشکیل شده، که توانایی بیمار را برای تولید و بیان مطالب در خلال روانکاوی نشان می‌دهد و این چهار مفهوم عبارتند از: معنی‌دار بودن، مولد بودن، تجربه کردن و آزادی تداعی.

تکنیك‌ها به نظر می‌رسد که در استفاده از فنون تفاوتهای زیادی بین درمانگران وجود داشته باشد. و تجربه درمانگران این تفاوتها را بیشتر هم می‌کند. دقت درمانگر در تعبیر و تفسیر، همانند با همدلی اوست؛ هر دو اینها یعنی تعبیر و تفسیر دقیق و همدلی را درمانگرانی که سالم‌تر هستند بیشتر استفاده می‌کنند.

ارزیـابـی

روانکاوی نظری و عملی تأثیر بسیار زیادی بر زندگی مدرن امروز داشته است. مفاهیم فرویدیسم در همـه جا یافت می‌شود. نه تنها در روانشناسی و روانپزشکی بلکه در ادبیات، هنر، علوم سیاسی، بازاریابی، آموزش و پرورش و حتی در طنز. علی رغم این مقبولیت وسیع باید هشدار دهیم که فرویدیسم هنوز به اندازهٔ کافی از طریق شواهد تجربی عینی حمایت نشده است. البته هنوز آزمایش نشده باقی مانده (نه ثابت شده و نه مردود شده است).

مشارکت نظریه روانکاوی مبنای درك شخصیت و زندگی فکری انسان را در قالب واژه‌های تخیلی و نمـادین ارائه داده است. این واژه‌ها تنها برای تشریح فرایندهای غیر مادی به کار می‌روند روانکاوی آثار ماندنی تجربیات دوران اولیه کودکی را توضیح می‌دهد و باعث شده است که اهمیت هیجانات در زندگی انسان و پالایش روانی در درمان را نشان دهد.

هشــدارها فـروید در پاسخ یك روان شناس آمـریکایی کـه برای او گـزارشی از کارهای تحقیقی تجربی خودش درباره سرکوبی فرستاده بود. نوشت: «من با علاقه تحقیق تجـربی شـمـا را برای اثبـات فـرضـیـات روانکاوی مطالعـه کـرده‌ام ولی نمی‌توانم برای اثبات گری‌ها ارزش زیادی قائل شوم. زیرا مشاهدات قابل اعتماد فراوانی که این فرضیات برپایه آنهـا بنا شـده است وجـود دارد، کـه آنهـا را از اثبـات آزمـایشی مـسـتـقل می‌گـرداند.» (روزنزویك ۱۹۷۷، صفحه ۱۴۶) از آن موقع تاکنون بسیاری از تحقیقاتی که حمایت کنندهٔ نظریات روانکاوی هستند برپایه مشاهدات بالینی استوار است متأسفانه با اینکه مشاهدات بالینی تجـربی است اما عـینی نیست یك شـخص «درمانگر» مـشاهده می‌کند، ثبت می‌کند، گزارش می‌دهد و اطلاعات را تفسیر می‌کند و این در حـالی است که در همـان لحظه با بیمار تعامل دارد تا تغییر را در همان رفتاری که در حال مشاهدهٔ آن است، ایجاد نماید.

مـحـدودیت عـمـده دیگری کـه روانکاوی دارد این است کـه نظریه، دارای مـاهـیـتی بی‌شکل و تـمـثـیلی است. در واقع یك نوع متن و نوشتـه وجـود ندارد. نتـیـجـه این عـینیّت، ویژگی حـشـو و زوائد نوشته‌های روانکاوی است که به فردی شباهت دارد کـه می‌خواهد ثابت کند کـه او یك حـیوان خـانگی نامرئی دارد و این مـوضـوع را با گـفتن اینکه «شـمـا آن را نمی‌بینید» ثابت می‌کند.

شاید مخالفت عمده (یا لااقل مخالفت عمدهٔ من) نسبت به روانکاوی این است که هدف روانکاوی بازگرداندن «تعادل حیاتی»[1] است که مانع رشد «خودشکوفایی»[2] می‌شود و این بدان معنی است که شما را از تاریکی بیرون می‌آورد اما به روشنایی نمی‌برد و درصدد تشخیص کمبودهای فرد از درون خود اوست اما نمی‌تواند کاری بیش از توضیح و تفسیر این کمبودها انجام دهد. به همین دلیل بیمار را با همهٔ آن چیزهایی که با آنها آمده بود، رها می‌کند با این تفاوت که حالا دیگر آنها را بهتر درک می‌کند.

به طور خلاصه می‌توان گفت که آینده روانکاوی رسمی، به عنوان یك روش درمان، برای آنهایی که شایستگی انجام آن را دارند نیز محدود به نظر می‌رسد.

روانکاوی برای مشاوران وسیله‌ای است برای تشریح رفتارهای قابل مشاهده. بدون توجه به اینکه دیدگاه شما چیست، شما باید دربارهٔ شخصیت و رفتار صحبت کنید. واژه‌های روانکاوی وسیله‌ای برای صحبت کردن دربارهٔ شخصیت و رفتار است و نه چیزی بیشتر.

---

1. homeostatic
2. self actualization

فصل سوم

روان‌شناسی فردی[1]

روان شناسی فردی تاکنون توجهی را که استحقاق داشته، دریافت نکرده است. سالها بود که آدلر فقط به خاطر آنکه به عنوان مرید و هواخواه فروید معروف شده بود، کنار گذاشته شد. اما در واقع او شاگرد فروید نبود بلکه یك همکار و یك دانشمند معاصر او بود. او سپس به‌خاطر افکار سوسیالیستی‌اش مورد سرزنش قرار گرفت. بخشی از این سرزنش به‌خاطر علاقه او به منافع اجتماعی بود و بخشی دیگر به خاطر همسر روسی‌اش که دوست لئون تروتسکی[2] بود. به هر حال مکتب مشاوره آدلر بنحوی مبهم و تاریك باقی ماند؛ و چه حیف شد.

تنها یك نگاه مختصر بر مطالب صفحات بعد نشان خواهد داد که آدلر در واقع فردی بود که در بسیاری از زمینه‌ها جلوتر از زمان خود حرکت می کرد. بررسی دقیق دیگر دیدگاههای این کتاب، این نکته را آشکار می‌سازد که نفوذ او بر نظریه‌پردازان نسلهای بعد از

1. individual psychology
2. Leon Trotsky

او بسیار بیشتر از آن است که عموماً تصور می‌رود. آثار آدلر و حتی ترجمهٔ آن آثار نیز بسیار مشکل است. حتی مردی که جلوتر از زمان خود قرار دارد نیز محصول قرن خودش است. اما افکار او که به وسیله پیروانش تعبیر و تفسیر شده و ارائه گردیده است، کارها و آثار او را بسیار جالب، جذاب و حتی متونی با نشاط و خواندنی می‌سازد.

تحول تاریخی

زمینه شخصی

آلفرد آدلر در ۷ فوریه ۱۸۷۰ در پنزینگ[1] در حومه شهر وین به دنیا آمد. پدر او یك تاجر یهودی متوسط الحال غلات بود و مادرش یك زن خانه‌دار. در جامعه آنها یهودیان کمی زندگی می‌کردند. بهمین جهت او هرگز یك هویت فرهنگی قوی (یهودی) پیدا نکرد. اگرچه او در کودکی به پرستشگاه یهودیان می‌رفت اما در بزرگسالی خود را یك مسیحی می‌دانست. آلفرد دومین پسر و سومین فرزند از شش فرزند خانواده خود بود. (چهار پسر و دو دختر) و این موضوع در زندگی او، و بر نظریه‌های بعدی او تأثیر زیادی داشت. زیرا او همیشه به نظر می‌رسید که در سایه موفقیت‌های برادر بزرگش زندگی می‌کند. اگرچه او ظاهراً محبوبیت داشت و کودکی فعال بود اما آدلر دوران کودکی خود را به عنوان دورانی شاد تلقی نمی‌کند. اگرچه خاطرات خوشی از مادرش داشت، اما به او نزدیك نبود آدلر بیشتر با پدرش شناسایی می‌شود. در عین حال او احساس می‌کرد که تحت‌الشعاع برادر بزرگتر خود قرار دارد و ساعتهای زیادی را صرف رقابت با او می‌کرد. با وجود اینکه او دانش آموز متوسطی بود اما توانست در سال ۱۸۹۵ از دانشگاه وین درجه دکترای پزشکی بگیرد. او در دانشگاه به یك گروه از دانشجویان مارکسیست ملحق شد. در میان آنها با دختر جوان روسی ثروتمندی برخورد کرد که بعداً در سال ۱۸۹۷ با او ازدواج کرد. (ریچلاك ۱۹۸۱)

آدلر به عنوان یك پزشك عمومی کار خود را شروع کرد. از آنجا که مطب او نزدیك یك پارك تفریحی-ورزشی بود، لذا بیشتر بیمارانش را بازیگران، هنرمندان و بندبازان

---

1. Penzing

تشکیل می‌دادند. از طریق برخورد با این بیماران بود که آدلر دریافت که بسیاری از آنها قدرت و توانایی خود را به عنوان واکنشی در برابر ضعفها یا حوادث دوران کودکی خود به دست آورده‌اند. (فورت مولر ۱۹۶۴)

تماس اولیه او با فروید به نظر می‌رسد که حاصل دفاع او از نظریه فروید در مطبوعات باشد. در سال ۱۹۰۲ فروید از او دعوت کرد که در یك سری جلسات هفتگی برای بحث دربارهٔ روانکاوی به او بپیوندد. این گروه بعدها به صورت انجمن روانکاوی وین و سپس انجمن بین‌المللی روانکاوان درآمد. آدلر در سال ۱۹۱۰ نخستین رئیس این گروه در وین شد. در اواخر سال ۱۹۱۱ او از سمت خود استعفا کرد و برای همیشه با فروید قطع رابطه نمود. برخلاف باور عمومی آدلر شاگرد فروید نبود بلکه فردی بود هم‌رتبه فروید که پیش از ملحق شدن به مکتب فروید در مسیر حرفه‌ای خود جا افتاده بود. (ریچلاك ۱۹۸۱)

پس از آنکه آدلر در جنگ جهانی اول به عنوان یك افسر پزشك خدمت کرد چند کلینیك راهنمایی کودك در مدارس دولتی وین دایر نمود. در سال ۱۹۲۶ نخستین سخنرانی خود را در ایالات متحده انجام داد و پس از آن مدت زیادی را در آن کشور گذراند. در سال ۱۹۳۵ به کلی از دست نازی‌ها فرار کرد و در آمریکا اقامت گزید. آدلر در ۲۸ می ۱۹۳۷ در اثر یك حمله قلبی، زمانی که مشغول یك بازدید علمی از دانشگاه آبردین[1] در اسکاتلند بود در گذشت. فرزندان آدلر، کورت[2] و الکساندر[3] هر دو روانپزشك هستند و روان‌شناسی فردی که به وسیله پدرشان تدوین گردید را به کار می‌برند.

آدلر واقعاً مردی بود که جلوتر از زمان خود حرکت می‌کرد. او نخستین کسی بود که علناً با مراجعان خود به صورت گروه درمانی و خانواده درمانی در برابر تعداد زیادی از حضار دکتر، معلم، والدین و... کار می‌کرد. او توضیح داد که نشانه‌های روان رنجوری «خودپنداره» فرد را در مقابل تهدیدهای جهان خارج و نه در برابر سائقهای سرکوب شده محافظت می‌کند. در اوایل دهه ۱۹۲۰ آدلر پیش‌بینی کرد که هنوز دو نسل دیگر زمان باقی

---

1. Aberdin
2. Kurt
3. Alexandra

مانده است تا اینکه زنان بتوانند در جامعه به برابری واقعی با مردان برسند. علاقه واقعی او به برابری زنان با مردان در طرح مجسمه‌ساز دانمارکی تایرا بولدسن[1] برای ساختن بنای یادبود اعطای حقوق مدنی به زنان منعکس شده است. این طرح شامل بخش بزرگی است که در آن زنان زیادی قرار دارند و فقط یك مرد وجود دارد و آن آدلر است.

زمینه نظری

تأثیرات بسیار زیادی را می‌توان در زمینه‌های نظری آدلر یافت. در میان آنها آنچه که قابل توجه است تأثیرات نویسندگان معروفی نظیر داستایوفسکی[2]، گوته[3] و شکسپیر[4] است. ضمناً انجیل و همچنین رواقیون نیز تأثیرات زیادی در شکل گیری نظریه شخصیت آدلر داشتند. بویژه او نکاتی را از افرادی چون کارل مارکس[5] نیچه[6]، هنری برگسون[7]، امانوئل کانت[8] و آمریکایی‌هایی نظیر جی استانلی هال[9]، جان دیویی[10] و ویلیام جیمز[11] اخذ کرده است.

آدلر در دوران جوانی خود به جنبه‌های روان شناسی و فلسفی سوسیالیسم علاقه‌مند شد. به همین جهت تأکید او را بر علایق اجتماعی به همین موضوع نسبت می‌دهند. توجه او به خلاقیت و برابری زنان با مردان نیز از عقاید کارل مارکس نشأت گرفته است. عقاید او دربارهٔ حقارت و برتری از نیچه گرفته شده است؛ در حالی که ایده‌آل نیچه سوپرمن (ابرمن)[12] بود. ایده‌آل آدلر همنوع[13] بود. مفهوم «حافظه هدفدار» آدلر از نویسنده

1. Tyra Boldsen
2. Dostoevsky
3. Goethe
4. Shakespeare
5. Karl Marx
6. Nietzsche
7. Henri Bergson
8. Immanuel Kant
9. G.Stanley Hall
10. John Dewey
11. William James
12. Superman
13. Fellowman

عملگرای فرانسوی برگسون گرفته شده است. مفهوم «عقل سلیم یا عرف»[1] به عنوان معیاری برای «سلامت روان» و مفهوم «منطق خصوصی» به عنوان میزان بیماری روانی از نوشته‌های فیلسوف آلمانی کانت اخذ گردیده است. (انسبیچر ۱۹۷۷)

آدلر با فروید از جهات زیر، هم عقیده بود. اینکه درمانگر باید معنای نشانه‌های آسیب شناختی را درك کند و اطلاعاتی دربارهٔ تجارب و رویدادهای اولیه بیمار، می تواند به درك این نشانه‌ها کمك کند و اینکه درك بیمار از رابطه میان تجربیات اولیه و رفتار کنونی او ممکن است منجر به بهبود قابل توجهی شود. از طرف دیگر اختلافات بنیادی در تفکر فروید و آدلر از سال ۱۹۰۸ ظاهر شد. در ابتدا این اختلافات به علاقه فروید نسبت به «سبب شناسی» نشانه‌های روان رنجوری و توجه آدلر به اهداف و قصد و غایت مربوط می‌شد. آنها یك سری بحثها و مجادله‌های داغ با هم داشتند که منجر به توسعه نظریه شخصیت آدلر شد؛ او هوشیاری و «ناهوشیاری» را دوباره تعریف نمود و مفهوم فروید را از سرکوبی غرایز یا سائقها به عنوان علت نشانه‌های آسیب شناختی رد کرد. آدلر در سال ۱۹۱۱ گروه فروید را ترك گفت و در سال ۱۹۱۲ واژه روان‌شناسی فردی را برای نامیدن نظام خود برگزید. (انسبیچر ۱۹۷۷)

نخستین مشارکت مشخص آدلر مطالعه‌ای بود که دربارهٔ اثراتی که «حقارت اندامی»[2] (که اغلب به صورت عیب و نقص مادرزادی ظاهر می‌شود) بر شکل گیری و ساخت شخصیت دارد، انجام داد. بعدها معتقد شد که دیگر جنبه‌های رشد، مانند فشارهایی که مربوط به ویژگی‌های والدین و خواهرها و برادرها است، اهمیت بیشتری از ناهنجاری‌های اندامی دارند. آدلر روان‌شناسی خود را از «سرشت زیستی»[3] نگرفت بلکه از نگرشهایی که افراد نسبت به کمبودهای خود دارند، اخذ کرد. نظر او دربارهٔ شرطی شدن نگرشهای روانی بسیار ساده است. نوزاد آدمی موجود کوچك درمانده‌ای است که به وسیله بزرگسالان قوی محاصره شده است. بشر (حتی بزرگسالان) در مقابله با نیروهای طبیعی (مانند زلزله، سیل

1. common sense
2. organ inferiority
3. biological constitution

و غیره) بسیار ضعیف است. بنابراین احساس هر فردی باید احساس حقارت باشد. هرفردی زندگی را با حس طبیعی درماندگی شروع می کند. کوششهای رشد به عنوان تلاشهای جبرانی برای به دست آوردن برتری و قدرت مفید اجتماعی تلقی می‌شود.

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

اشتباهات بنیادی(basic mistakes) عبارت است از نگرشهای غلط یا تحریف شده‌ای که زمانی نگرشهای صحیحی بوده‌اند اما دیگر نگرش صحیح تلقی نمی‌شوند. آنها معمولاً ناهوشیار هستند و برای گمراه کردن شیوهٔ زندگی به کار گرفته می‌شوند.

برتری(superiority) دو شکل مخالف با یکدیگر را به خود می گیرد. برتری بی‌فایدهٔ اجتماعی که در برگیرندهٔ نیاز شدید به صلاحیت داشتن، شایسته بودن، مفید بودن یا «قربانی» یا «شهید» شدن است، برتری با فایده و مفید اجتماعی عبارت است از سلطه یك فرد بر محیطش.

ترتیب ولادت(birth order) یا جایگاه ترتیبی و یا ترتیبی است که بچه در یك خانواده به دنیا می آید. به عنوان مثال: اولین بچه، دومین بچه و یا بچه کوچکتر.

تشویق(encouragement) جوهر اعتماد به نفس را در فرد افزایش می دهد و به شخص پیام می‌دهد که او آن گونه که هست و نه آن گونه که باید باشد به اندازه کافی خوب است.

جوّ خانوادگی(family atomos)، یا حال و هوای خانوادگی الگوی ویژه‌ای است که توسط والدین بنیانگذاری می‌شود. و به فرزندان به عنوان معیاری برای زندگی اجتماعی ارائه می گردد.

حقارت اندامی(organ inferiority) به این واقعیت اشاره دارد که دربرخی از افراد اندام بخصوصی یا کارکرد عضوی در هنگام استرسهای غیرمعمول احتمالاً نخستین بخشی از بدن آنهاست که از کار می‌افتد. زیرا که مقاومت آن قسمت‌ها کم است.

خاطرات اولیه (early recollections)حوادث معینی هستند که شخص می تواند

بوضوح جزئیات و افکار و احساسات همراه با آن را، که در زمان وقوع حوادث وجود داشته است، به خاطر بیاورد.

روانشناسی فردی(individual psychology)، آدلر واژهٔ «فردی» را برای شناساندن نظام خود به کار برد. زیرا او می‌خواست که مفهوم جامعهٔ متحدی را القاء کند. این جمله در نگاه اول متناقض به نظر می‌رسد، اما آدلر آن را از نقطه نظر ریشه‌شناسی به کار برد.

شیوهٔ زندگی(style of life) یك فرد شیوهٔ عمل، شیوهٔ فکر کردن و ادراك او را دریك چارچوب شناختی ایجاد می‌کند که از میان آن او اعمال خاصی را انتخاب می‌کند تا او را قادرسازد که با امور زندگی دست و پنجه نرم کند.

عقده حقارت(inferiority complex) عبارت است از اعتقاد راسخ یك فرد به ناتوانی خودش برای تصحیح یا بهبود بخشیدن به آنچه که اشتباه است.

علاقه اجتماعی(social interest) عبارت است از تمایل به همکاری با دیگران برای یك صلاح عمومی و آگاهی از مناسبات مشترك جهانی همه افراد بشر.

غایت شناختی (teleological)صفتی است که از لغت یونانی Tele به معنی دور یا فاصله‌دار گرفته شده و نشان دهنده جهت گیری به سوی اهداف رفتار بشر است.

منطق خصوصی(private logic)، در حالی که منطق عمومی دربرگیرنده ارزشهای مشابه و تجربیات معتبر بوده و یك نفر را به دیگری مرتبط می‌سازد منطق خصوصی یك طرح و نقشه خصوصی است که فرد بدان وسیله راه خود را در زندگی پیدا می‌کند؛ منطق خصوصی برپایه روابط علت و معلولی روانشناختی مانند تنفر، ناکامی، کاهش سائق و کامرواسازی نیازها استوار نیست، بلکه در درجهٔ اول به اهداف و نیات افراد وابسته بوده و با آن سازگار می‌باشد.

منظومه خانوادگی(family constellat)، برای تشریح شکل‌بندی روانی ـ اجتماعی گروه خانواده به کار می‌رود؛ مانند ویژگی‌های شخصیت و تفاوت احساساتی که هریك از افراد خانواده دارند، تفاوت سنی، ترتیب ولادت، تسلط یا تسلیم هر یك از اعضای خانواده، جنس فرزندان و تعداد افراد خانواده.

هدف خیالی(fictional goal)، هر فردی در دوران اولیه کودکی خود تصویری

تخیلی را که تاکنون درك نشده از آنچه که او باید باشد، رشد می دهد اینکه ایمن باشد، برتر باشدو یا احساس تعلق کند.

یأس (discouragement) ، هم بر وجود یك حالت یا شرایط، و هم به یك فرایند اشاره می کند؛ کاربرد آن هم برای شخصی است که مأیوس شده است، و هم به فرایندی گفته می‌شود که فرد را مأیوس کرده است. یك شخص مأیوس نمی تواند درك درستی از امکان برنده شدن دریك جنگ، حل کردن مشکل خود، و یا حتی برداشتن قدمی برای حل مشکل خود داشته باشد. فرایند یأس، فرایندی است که شخص را به سوی انتظار چنین شکستی می کشاند.

ماهیت انسان

نظریه مشاورهٔ آدلر، براین فرض تأکید دارد که افرادبشر غیرقابل تقسیم، اجتماعی و موجوداتی هدفگرا هستند که تلاش آنها برای اهمیت داشتن، انگیزه‌های آنها را روشن می کند.

غیرقابل تقسیم اساس روان‌شناسی فردی برپایه تمامیت فرد استوار است که قابل تبدیل نمی‌باشد به همین دلیل است که آدلر نظام خود را «روان‌شناسی فردی» نام نهاد. و آن را از واژه لاتین individuum که به معنی غیرقابل تقسیم، کامل و کل می‌باشد، گرفته است. دیدگاه او در مورد طبیعت و ماهیت انسان کل‌نگر است و نه جزءنگر (مثل فرویدیسم) این نظر اشاره دارد به اینکه به اعمال هر شخصی از نقطه‌نظر انتخاب شیوهٔ زندگی او نگریسته می‌شود. شیوه‌ای که مردم به طور خلاق خود را سازمان می‌دهند و این کار عمدتاً تعیین کنندهٔ پاسخ آنها به جهان خارج است نتیجهٔ عملی این فرض، این است که ما انسانها بیشتر تحت تأثیر تفسیرمان از واقعیات قرار می گیریم تا خود آن واقعیات، بنابراین برای مثال آدلر می گوید که دانستن احساس یك کودك از یك حادثه، مهم‌تر از دانستن جزئیات آن حادثه است، (دینك مایر ۱۹۷۹)

علاقه اجتماعی خصوصیت دیگر رویکرد آدلر این است که افراد بشر موجوداتی اجتماعی هستند و بنابراین رفتار بشر تنها در بافت اجتماعی آن قابل درك است. در هر فردی ظرفیتی به صورت فطری وجود دارد که آنچه را که آدلر Gemeinschaftsgefuhl یا

«علاقه اجتماعی» می‌نامد، بسط و توسعه می‌دهد. یعنی تمایل به همکاری با دیگران برای یك صلاح عمومی. علاقه اجتماعی نه تنها در برگیرندهٔ علاقه به دیگران می‌باشد بلکه علاقه به علاقه‌مندی‌های دیگران را نیز شامل می‌شود. علاقه اجتماعی استعداد همکاری و زندگی اجتماعی است که می‌تواند از طریق آموزش گسترش یابد و وقتی که گسترش یافت می‌تواند از طریق مهارتهای واقعی همکاری و کمك، درك و همدلی بیان شود. بنابراین علاقه اجتماعی، ملاك آدلر برای تشخیص سلامت روانی بوده است. علاقه اجتماعی معیار سنجش هنجار بودن کودك است. (انسبیچر و انسبیچر ۱۹۵۶، صفحه ۱۵۴) میزانی که یك فرد می‌تواند به طور موفق با دیگران سهیم باشد و از طریق کار کردن با آنها مشارکت نماید و یك رابطه ارضا کننده با فردی از جنس مخالف خود به وجود بیاورد که در واقع نشاندهنده سطح بلوغ و یکپارچگی کلی شخصیت او می‌باشد. تلاش اجتماعی یك تلاش اولیه است نه ثانویه. جستجو برای اهمیت داشتن و یافتن جایگاهی در اجتماع که از جمله اهداف اساسی هر کودك و بزرگسالی می‌باشد، بنابراین افراد بشر را نباید در انزوا نگاه کرد بلکه باید آنها را به عنوان موجوداتی که دارای تعامل اجتماعی هستند دید. (دینك مایر ۱۹۷۹)

هدف گرایی[1] بر اساس نظریه آدلر همه رفتارهای بشر دارای قصد و هدف است رفتارهای تصادفی و یا ظاهراً مشکل، تنها درسایه هدف آن می‌تواند قابل درك باشد. «روان‌شناسی فردی بر لزوم و ضرورت غایت یا هدف، برای درك کلیه پدیده‌های روانشناختی اصرار دارد. علل نیروها، غرایز، تکانه‌ها و نظایر آن نمی‌توانند به عنوان اصول توضیح دهنده تلقی شوند، در حالی که هدف نهایی به تنهایی می‌تواند پدیده‌ها را تبیین نماید.» (انسبیچر و انسبیچر ۱۹۵۶، صفحه ۹۲)

این رویکرد غایت شناختی نشاندهندهٔ این است که اهداف رفتار به وسیله فرد تعیین می‌شوند (آدلر به جای تعیین می‌گوید: خلق می‌شوند) نه آن طور که فروید می‌گوید یعنی به وسیله تجارب دوران اولیه کودکی. تأکید آدلر بر رفتار هدفگرا بر پایه این اعتقاد او استوار است که افراد بشر از موهبت آزادی و انتخاب برخوردارند (یك ویژگی منحصر بفرد انسان

1. goal - directed

که او آن را «قدرت خلاق» طبیعت انسان نامید). از نظر آدلر ما نه تنها اهداف خود را انتخاب می کنیم بلکه یك منطق خصوصی (توانایی‌های شخصی، شناختی و یا هیجانی) را برای جهت دادن به این اهداف به کار می‌بریم. در نتیجه همه رفتارها حتی بدرفتاری‌ها و بی‌انضباطی‌ها نیز نتیجه کارکرد انتخاب خلاق در فرایند گزینش و تعقیب اهداف شخصی است. (دینك مایر ۱۹۷۹)

شاید واضح‌ترین مثال رفتار هدفگرا بدرفتاری‌های کودکان باشد (دری کورز و کاسل ۱۹۷۲). کودکان گاهی اوقات آنقدر به توجه نیازمندند که آن را از طریق رفتار آزاردهندهٔ خود جستجو می کنند. کودکانی که هدف آنها کسب قدرت است تلاش می کنند تا به شما نشان بدهند که شما نمی توانید برنده شوید و حق با آنهاست. شما می توانید غالب و مستولی شوید اما نمی توانید برنده شوید. کودکانی که هدفشان انتقام است تلاش می کنند تا احساسات آزار دهندهٔ خود را از طریق آزار رساندن و اذیت کردن بهتر کنند. آنها مانندبازیکنان بیسبال هستند که هشتاد و نُه به صفر عقب هستند و در دو دقیقه آخر می گویند که «ما نمی توانیم برنده شویم اما می توانیم قبل از اینکه بازی تمام شود پای چندنفر را بشکنیم.» کودکان که هدفشان نشان دهنده بی کفایتی آنهاست، آنقدر مأیوسند که نمی توانند باور کنند که آنها قادرند افراد مهمی باشند. آنها بی کفایتی خود را به عنوان محافظت از خود به کار می‌برند تا کسی چیزی را از آنان نخواهد. (دینك مایر ۱۹۷۹)

اهمیت[1] روان‌شناسی آدلر خانواده را به عنوان نخستین محیطی می‌شناسد که فرد در آن اهمیت را جستجو می کند. جستجو برای اهمیت زمانی آغاز می‌شود که شخص احساس حقارت را تجربه می کند و تلاش می کند که آن را جبران نماید. تلاش برای اهمیت داشتن (برتری) حرکتی است برای نیل به هویت و احساس تعلق (نیروی محرکی که در پس همه فعالیت‌های بشر وجود دارد) که بدان از دیدگاه غایت شناختی نگریسته می‌شود نه از دیدگاه علّی و سببی؛ یعنی یك هدف ذهنی انتخاب شده این کشش را به وجود آورده نه یك سائق مخفی.

1. significance

ادراك ذهنی[1] ما در دوران اولیه زندگی، از خود و جهان خود ادراکی را به دست می آوریم. ادراکی که به طور واقعی به دست می آید نه اینکه تحمیل شود. ما فعال هستیم نه منفعل. ما تمایل داریم به ترتیبی که اشیا به نظر ما می‌رسد رفتار کنیم همین که ادراك ما تغییر پیدا کند رفتارهای ما نیز بر اساس همان احساس دگرگون می‌شوند. بنابر این یك مشاور پیرو آدلر لازم است افراد را در چارچوب ادراکات و معانی منحصر بفرد آنان درك نماید. (دینك مایر ۱۹۷۹)

آزادی انتخاب[2] آزادی انتخاب به معنی آن است که ما انسانها می توانیم و باید برای خود انتخاب کنیم. ما تحت تأثیر سائقهای مخفی نیستیم ویا نیروی وراثتی و یا محیطی نیست که ما را به سوی مسیرهای معین و انتخاب شده‌ای سوق می‌دهد ما هم از وراثت و هم از محیط به عنوان محرکهایی برای تفسیرهای خود استفاده می کنیم و این تفسیرهای یگانهٔ ما چیزی است که به تجربیات روزانهٔ ما اهمیت می بخشد. توانایی ما برای تفسیر تجربیات بر نظرات ما از خودمان و جهان اثر می گذارد. درهر دو صورت ما براساس ادراکات منحصر بفرد خود از تجربیات خویش، فرض‌هایی را می‌سازیم. برخی از این تفسیرها معتبر نیستند اما ما چنان عمل می کنیم که گویی آنها معتبرند. تفسیرها به طور فزاینده‌ای به الگوی ویژه پاسخ ما و یا به شیوه زندگی ما وابسته می‌شوند. (دینك مایر ودری کورز ۱۹۶۳)

شیوهٔ زندگی[3] آدلر معتقد بود که افراد بشر نیاز دارند وجود خود را معنی‌دار نمایند. اما این معنی‌دار بودن انسان در تجربیات زندگی ذاتی نیست بلکه آنها به وسیله تفسیرهای منحصربفرد هر شخصی در زندگی به کار گرفته می‌شوند. یکی از نخستین و مهم‌ترین مفاهیمی که یك شخص تدوین می کند «نمونه نخستین»[4] است. یعنی شکل اولیه تطابق فرد با زندگی بین سه تا پنج سالگی کودك شرایط زندگی خود را ارزیابی می کند و نقشه «نمونه نخستین» عمل خود را تعیین می کند. وقتی که «نمونه نخستین» ایجاد می شود کودك

1. subjective perception
2. freedom of choice
3. style of life
4. prototype

معانی موجود در آن را در تجربیات زندگی خود به کار می گیرد. به همین دلیل است که آدلر نهایتاً به این نتیجه رسید که آن را شیوهٔ زندگی بنامد (ریچلاك ۱۹۸۱). شیوه زندگی هر فردی عبارت است از چارچوب شناختی که در آن، فرد رفتارهای خاصی را انتخاب می کند که این رفتارها او را قادر می‌سازند تا با زندگی کنار بیاید. در نتیجه، شیوهٔ زندگی بیان کنندهٔ تمِ یا موضوع مرکزی است که از خلال آن رفتار می تواند تفسیر شود. (موساك ۱۹۷۱).

انواع شیوه‌های زندگی موساك [1] (۱۹۷۱) ۱۴ نوع رفتار احتمالی را که به شیوه‌های زندگی رایج مربوط می‌شود، شناسایی کرد.

۱. **دریافت کننده**: دریافت کننده کسی است که زندگی و دیگران را چه سهواً و چه عمداً به خدمت خود می گیرد و از آنها بهره کشی می کند. او ممکن است از جذابیت، شرم، بداخلاقی یا ارعاب به عنوان روشهای کار خود استفاده کند.

۲. **راننده**: راننده کسی است که در حرکت است. شخصی که هوشیاری و تعهد زائدالوصفی نسبت به اهداف خود دارد و بندرت استراحت می کند و آرام می‌نشیند. در پس این کار او، ترسی وجود دارد. ترس از هیچ بودن خود.

۳. **کنترل کننده**: کنترل کننده کسی است که آرزو دارد زندگی را کنترل کند و یا به شخصی گفته می‌شود که آرزو دارد مطمئن شود که زندگی، او را کنترل نمی کند. او معمولاً دوست ندارد کسی او را شگفت‌زده کند و حالتهای خود انگیختگی خود را کنترل می کند و احساسات خود را مخفی می‌سازد؛ زیرا همه اینها ممکن است کنترل او را کاهش دهند. در عوض او عقل گرایی، درستی، نظم و ترتیب و نظافت را دوست دارد.

۴. **حق به جانب**: او نیازمند است خود را در موضع حق ببیند به همین جهت خود را برتر از دیگران دیده و دیگران را در موضع اشتباه می‌بیند. با وسواس زیاد، از اشتباه اجتناب می کند؛ اگر او را در انجام کار اشتباهی گرفتار کنند، استدلال می کند که دیگران بیشتر از او در اشتباهند.

۵. **برتر**: فردی که نیاز به برتری دارد؛ از مشارکت در هر فعالیتی که نمی تواند برنده

---

1. Mosak

شود اجتناب می کند.

۶. محبوب: شخصی که نیاز دارد همه دوستش بدارند او کوشش می کند که همه را در همه وقت راضی نگه دارد. بویژه نسبت به انتقاد حساس است و هنگامی که مورد تأیید مستمر و همه جانبه قرار نمی گیرد ضربه می‌خورد و خرد می‌شود. او ارزیابی‌های دیگران را به عنوان معیار ارزش خود می‌داند.

۷. خوب: شخصی که نیاز دارد به اینکه خوب باشد ترجیح می‌دهد که با معیارهای اخلاقی بالاتر از افراد دیگر زندگی کند. گاهی اوقات این معیارها حتی از معیارهای خدا بالاتر می‌روند زیرا او گاهی از خدا توقع دارد که گناهان او را ببخشد اما او گناهان دیگران را نمی‌تواند ببخشد.

۸. مخالفت: کسی که با همه چیز بویژه با خواسته‌های زندگی از خودش مخالفت می کند در واقع دلیلی برای این کار او وجود دارد.

۹. قربانی: هر اتفاقی ممکن است برای یك قربانی بیفتد. وجه مشخصهٔ او احتمالاً نجابت، ترحم به خود و یا کناره گیری است.

۱۰. شهید: شهید شبیه به قربانی است. با این تفاوت که قربانی صرفاً می‌میرد در حالی که شهید به خاطر هدفی یا علتی می‌میرد. هدف شهید یك هدف اصیل و متعالی و کار او برچیدن بی‌عدالتی است.

۱۱. بچه: بچه جای خود را در زندگی از طریق ایجاد جذابیت، با نمکی و سوءاستفاده از دیگران باز می کند.

۱۲. بی کفایت: شخص بی کفایت طوری رفتار می کند که گویی قادر به انجام کار درست نیست او کوتاهی و غفلت می کند و از این طریق دیگران را وادار می کند که به خدمتش در آیند.

۱۳. اجتناب کننده: کسی که از بروز احساساتش اجتناب می کند او ممکن است از خود انگیختگی خویش بترسد. زیرا که این خودانگیختگی ممکن است او را به مسیرهایی رهنمون شود که به طور کامل برایش برنامه‌ریزی نکرده است.

۱۴. جستجوگر هیجان: او فعالیت‌های معمولی و تکراری را تحقیر می کند در

جستجوی تجربیات نو و بدیع است و در مواقع آشوب و اغتشاش شاد می‌شود و از آن لذت می‌برد.

ساختار شخصیت

آدلر مفهوم وحدت شخصیت را به جای توضیحات بی‌معنی دو مقوله‌ای و کاهش گرایانهٔ ساختار شخصیت ارائه می‌دهد. او ماهیت انسان را به عنوان مجموعه‌ای از قسمت‌های ناپیوسته نمی‌نگرد بلکه ترجیح می‌دهد که تمامیت یك فرد را به عنوان یك کل پیوسته و متحد مطالعه کند. بنابر این برای آدلر ساختارهایی همچون هوشیاری یا ناهوشیاری بی‌معنی است، (مگر به عنوان تجربیات ذهنی کل شخص): بدین معنی که مردم چنان رفتار می کنند که گویی ذهن ناهوشیار در برخورد با ذهن هوشیار به صورت متقابل عمل می کند. او از مادی کردن این ساختارها خودداری می کند و واژه‌هایی نظیر هوشیار و ناهوشیار را به عنوان صفت به کار می‌برد تا اسم. هر گاه یك فکر هوشیارانه‌ای درك و فهمیده نشود ناهوشیار می‌شود و چنانچه یك فکر ناهوشیار فهمیده شود در واقع فکر هوشیار است. بنابر این، فرد را نباید صحنهٔ تخاصم و نبرد میان نیروهای روانی نگریست: رفتار یك معنای میان فردی دارد نه درون فردی. (دینك مایر و دری کورز ۱۹۶۳، موساك و دری کورز ۱۹۷۳، پاپانك ۱۹۶۷).

رشد شخصیت

ما با برخی عوامل ژنتیك به این دنیا آمده‌ایم و خود را در یك محیط انسانی خاص می‌بینیم بعد از تولد ما نه تنها نسبت به محرکها عکس‌العمل نشان می‌دهیم بلکه نقش فعالی را در جهت اثر گذاری بر دنیای اطراف خود بویژه دنیای اجتماعی افراد مهم ایفا می کنیم. ما می‌آموزیم که در رابطه با دنیا چه چیزی مؤثر است (و نیازهای ما و دیگران را تأمین می کند) و چه چیزی مؤثر نیست بنابر این هر واقعه جدید با مجموعه‌ای از شیوه‌های ذهنی و شخصی برای تفسیر آن واقعه همراه است. آدلر این مجموعه را شیوهٔ زندگی می‌نامد.

عوامل مؤثر در رشد شخصیت هیچگونه شواهدی دال بر تأثیر گذاری عوامل ژنتیکی بر رشد شخصیت وجود ندارد و هیچ معیاری نیز برای اندازه گیری میزان تأثیر نواقص و عیبهای جسمی وجود ندارد. اما به هر حال نظریه آدلر ادعا می کند که نقص یا

ناهنجاری به خودی خود بر رشد شخصیت اثر نمی گذارد بلکه این ادراك فرد از نقص یا ناهنجاری است که اثر دارد. عوامل فرهنگی به شخصیت در حال رشد یك شیوهٔ سازمان‌یافته و قابل تشخیص را برای نگریستن به جهان ارائه می کند. که این شیوه سازمان یافته و قابل تشخیص همیشه برای رشد کامل شخصیت مفید نیستند اما لااقل موجب آشفتگی و پراکندگی او نمی‌شوند.

البته خانواده، فراگیرترین و با نفوذترین اثر را بر روی رشد شخصیت دارد. ترتیب ولادت نیز عامل مهمی است. نه به خاطر جایگاه ترتیبی آن بلکه به گونه‌ای که کودك بر اساس آن جایگاه خود را ادراك می کند (و یا ادراك می‌شود) به عنوان مثال کودك تازه به دنیا آمده، تنها کودك در جمع بزرگسالان است که غالباً جایگاه مطلوبی دارد. زمانی که برادر یا خواهری وارد زندگی کودك می‌شود جایگاه برتر کودك اول مورد رقابت قرار می گیرد و یا ممکن است تفوق و برتری کودك از بین برود. این چالش بر روی دید کودك تازه به دنیا آمده از خودش و دنیا تأثیر عمیق می گذارد. منظومه خانوادگی یك واژه کلی است که به ویژگی‌های شخصیتی هر یك از اعضای خانواده و پیوندهای عاطفی بین اعضاء، ترتیب ولادت خواهرها و برادرها، سلطه‌گری یا سلطه‌پذیری اعضای مختلف، سن یا جنس فرزندان، تعداد فرزندان، و حضور یکی یا هر دو والدین مربوط می‌شود جوّ خانوادگی به جو اجتماعی داخل خانواده مربوط می‌شود. دوی[1] چیزی حدود ۲۴ «جو» را لیست کرده است از قبیل طرد، قدرت‌طلبی، ناهمسانی، بازدارندگی، حمایت مفرط و اختلال (نیکلی در سال ۱۹۷۱ آن را ذکر نمود) بالاخره تجربیات اولیه مانند معلولیت‌های جسمی فرد به تنهایی عوامل علّی و سببی نیستند بلکه ادراکات فرد از آن تجارب است که اثر دارد (دینك مایر ۱۹۷۹)

شیوه‌زندگی در روانشناسی آدلر واژهٔ شیوه زندگی به آشنایی اولیه فرد با زندگی مربوط می‌شود که پویاست، و حالتی خشك و انعطاف ناپذیر و ایستا ندارد و تقریباً مترادف است با واژه‌هایی مانند شخصیت، روان، منش و یا من. دینك مایر، این مطلب را روشن‌تر

1. Dewey

بیان می کند: (دینك مایر ۱۹۷۹، صفحه ۲۹) «نمایشی که به طور مداوم در تئاتر خانوادگی اجرا می‌شود همه افراد خانواده، والدین و خواهرها و برادرها هر یك نقشی را در آن بازی می کنند. نمایشی که در آن کودك کارگردان خودش می‌باشد و آخرین بازیش را قبلاً در یك زمینه وسیع تری طراحی کرده است.»

شیوهٔ زندگی هر فردی نتیجه تعبیر و تفسیر ذهنی آن فرد از عواملی است که بر رشد شخصیت او اثر دارند (ترتیب ولادت، جو خانوادگی و غیره) اینکه هر عامل (یا رابطه متقابل عوامل) واقعاً چه اندازه بر رشد فرد اثر خواهد داشت بستگی به خلاقیت فرد در مورد آن عوامل دارد. به عنوان مثال بعضی از مردم علی‌رغم نقص جسمانی موفق می‌شوند و برخی دیگر به نظر می‌رسد به خاطر نقصی که دارند موفقیت بیشتری کسب می کنند در حالی که دیگرانی وجود دارند که این نواقص تأثیری بر آنها نمی گذارد. در هر صورت در خلال سالهای اولیه، کودکان پاسخهای کاملاً ذهنی خود را برای پرسشهای بزرگی از قبیل پرسشهای زیر تدارك می‌بینند. اینکه من کیستم؟ زندگی چیست؟ من بایدچه کنم؟ چه چیز خوب است؟ چه چیز بد است؟ در فرایند پاسخ به این پرسشها کودکان یك منطق خصوصی را ایجاد می کنند که نهایتاً هر فرد را نسبت به فرد دیگر متفاوت و بی‌نظیر می‌سازد.

شیوهٔ زندگی به وسیله هر فرد ساخته می‌شود و از درون همسان باقی می‌ماند. برخی از این افراد وسیع زندگی می کنند و پایه و اساس برای راه حل اغلب مشکلات زندگی خود را تدارك می‌بینند. بعضی دیگر آنقدر محدود هستند که فقط با شرایط کاملاً خاصی خود را مواجه می‌سازند (آنها همیشه در معرض این خطر هستند که به طور اسفناکی بی کفایت باشند). پس از سالهای اولیه زندگی است که شیوهٔ زندگی بخوبی استقرار می‌یابد و تجربیات جدید در آن جای می گیرد ولی این تجربیات آن را شکل نمی‌دهد. بعبارت دیگر فرد در سنین اولیه معتقدات خود را در بارهٔ اینکه او کیست؟ چه باید بشود؟ و از زندگی چه انتظاراتی می تواند داشته باشد، را به وجود می آورد. (موساك و دری کورز (۱۹۷۳) این اعتقادات را به چهار دسته تقسیم کرده‌اند:

الف. اعتقادات در بارهٔ اینکه من کیستم؟

ب. خودآرمانی به معنی اعتقاداتی در بارهٔ اینکه من چه باید باشم و یا مجبورم چه

باشم تا بتوانم جایگاهی در این جهان داشته باشم.

ج. جهان‌بینی عبارت است از اعتقاداتی در بارهٔ جهان، مردم، طبیعت و زندگی.

د. اعتقادات اخلاقی یعنی معیارهای شخصی من از خوبی و بدی.

ساختار اصلی شیوهٔ زندگی در واقع زمانی ایجاد می‌شود که کودك در سنین چهار یا پنج سالگی است و اساساً در خلال بقیه عمر بدون تغییر باقی می‌ماند مگر به وسیله تجربه‌ای که فرد را در هم شکسته و چالش کند و یا در خلال درمان این شیوه زندگی اصلاح گردد. این ساختار یا بنیاد اساسی، مشتمل است بر نظریات یگانه فرد در بارهٔ اینکه چگونه می‌توان به امنیت، تعلق، برتری، کمال و یا تکامل دست یافت. تمام جنبه‌های شخصیت در خدمت آنند که برای فرد امنیت، برتری و احساس تعلق به وجود آورند. بنابر این تمام رفتارها چنانچه بر اساس منطق خصوصی فرد نگریسته شوند، قابل درك خواهند بود (منطقی که کلید شیوهٔ زندگی فرد می‌باشد) (دینك مایر ۱۹۷۷).

رشد رفتار ناسازگار

طبق نظریه آدلر بشر فطرتاً نه خوب است و نه بد: ما از طریق فرآیندهای رشد روانی یا اجتماعی خوب یا بد می‌شویم. این یك واقعیت طبیعی است که کودك ضعیف و درمانده به دنیا می‌آید و قدم به دنیای بزرگسالان می‌گذارد. معمولاً آگاهی کودك از میزان درماندگیش کاهش یافته و او بتدریج جای خود را در میان همسالان و افراد بزرگتر از خودش پیدا می‌کند. از طرف دیگر اگر کودك احساسات نامطمئن مربوط به خود در رابطه با دنیایش و مردم این دنیا را حفظ و نگهداری نماید، آنوقت ممکن است که او به یك منطق خصوصی پناه ببرد تا بتواند ترسها و احساسات مربوط به حقارت خود در این جهان را منحرف و یا مخفی سازد. بدین طریق کودك قادر می‌شود که با احساس برتری مصنوعی، برتری را به صورت ذهنی و غیر واقعی حفظ کند تا بتواند احساس حقارت ناهوشیار خود را جبران نماید او در این حالت است که به عنوان سازگار تلقی می‌شود. برخی از علل ناسازگاری عبارتند از: (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۲۱)

۱. حمایت افراطی والدین باعث می‌شود که کودك احساس بی‌کفایتی و عدم مقبولیت نماید. زیرا که فرصت مستقل بودن و احساس مسئولیت از او گرفته می‌شود. او

ممکن است از پرخاشگری برای جبران احساس بی کفایتی خود استفاده کند.

۲. نازپرورده کردن کودك باعث می‌شود که در او نگرش سلطه گری ایجاد شود. زمانی که کودك می آموزد که نمی تواند همیشه آنچه را که می خواهد داشته باشد. در او استعداد طغیان و دشمنی به وجود می آید.

۳. مسامحه و غفلت والدین ممکن است باعث شود که کودك دیگران را به عنوان افرادی طلبکار و غیر دوستانه بنگرد و احساس ناتوانی در همکاری‌های اجتماعی نماید. چنین کودکی ممکن است نیاز بیش از حدی را برای قدردانی و عشق نشان دهد. اما قادر نیست که این احساسات را از دیگران دریافت کند.

۴. جانبداری والدین نسبت به یکی از فرزندان اغلب منجر به یك جنگ قدرت بین خواهران و برادران می‌شود.

۵. عدم جذابیت یا معلولیت جسمی خواه واقعی و خواه مبالغه آمیز و یا خیالی، می تواند الگوی زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار داده و باعث شود که او علیه دیگران طغیان کند و یا از آنها کناره گیری نماید.

۶. سلطه والدین می تواند باعث ایجاد واکنشهایی نظیر آنهایی که در حمایت مفرط والدین به وجود آمده بود، شود.

آدلر اختلالات روانی را به عنوان شیوه‌های نادرست و غلط زندگی می نگریست: «یك شیوه زندگی اشتباه که دارای اهدافی اشتباه و عقایدی اشتباه در بارهٔ خود و جهان است». (همه اینها ممکن است از طریق علاقه اجتماعی رشد نایافته نفوذ و سرایت کند). کودك سپس برای جبران تنشی که به خاطر این احساسات به وجود آمده الگوی نامناسب رفتاری را در خود به وجود می آورد و اغلب علاقه غیر واقعی برای برتری شخصی از خود نشان می‌دهد در نتیجه رفتار او خود محور و حمایت کننده از خود شده و او را به طور مؤثری از هر گونه فرصتی برای علاقه اجتماعی یا تعامل اجتماعی باز می‌دارد. احساس حقارت در درون و یا بیرون از فرد، امری طبیعی است. تنها هنگامی غیر طبیعی است که یك فرد به گونه‌ای عمل می کند که گویی او حقیر است و می توان بر چسب داشتن عقدهٔ حقارت را به او زد.

اشتباهات بنیادی شولمان[1] (۱۹۷۳) خاطرنشان کرد که بسیط‌نگری بیش از حد[2]، مبالغه[3] و اشتباه گرفتن جزء به جای کل، سه اشتباه عمومی در منطق است که در بسیاری از شیوه‌های زندگی ظاهر می‌شود. او این اشتباهات را در ۶ گروه طبقه‌بندی کرد:

الف. نگرشهای تحریف شده دربارهٔ خود، مانند «من ناتوان‌تر از دیگران هستم.»

ب. نگرشهای تحریف شده دربارهٔ غیرخود، مانند «زندگی غیرقابل پیش‌بینی است.» و یا «مردم خوب نیستند.»

ج. اهداف تحریف شده، مانند «من باید کامل باشم.»

د. شیوه‌های تحریف شده در عمل، مانند «رقابت مفرط.»

هـ. آرمانهای تحریف شده، مانند «پسرها گریه نمی‌کنند.»

و. نتیجه‌گیری‌های تحریف شده، مانند «من محکوم به شکست هستم.» و یا اینکه «عشق همه کس و همه چیز را فتح می‌کند.» و یا «من تنها کسی هستم که واقعاً صداقت دارم.»

روان‌رنجوری گرایش و آمادگی برای روان‌رنجوری از تجربیات دوران کودکی ناشی می‌شود که به وسیله یکی از دو قطب مخالف مشخص می‌گردد. یعنی حمایت مفرط و یا مسامحه و غفلت و یا ترکیبی از هر دو. در نتیجه این تجربیات، در کودك تصوری از درماندگی و اعتقاد راسخ به ناتوانی خود برای مقابله با زندگی به وجود می‌آید. این نگرش تحریف شده به وسیله محیط اجتماعی متخاصم، طلبکار و تنبیه کننده، به طور مکرر تقویت می‌شود. در نتیجه در کودك یأس شدیدی به وجود می‌آید و بدین ترتیب تلاش نوروتیك برای برتری شخصی به منظور جبران احساس حقارت و اضطراب رشد می‌یابد و رفتار خود محور گشته و در جهت حمایت از خود شکل می‌گیرد.

به طور خلاصه هر روان‌رنجوری می‌تواند به عنوان کوششی جهت رها کردن فرد از

1. Shulman
2. over simplication
3. exaggeration

احساس حقارت به منظور دست‌یابی به احساس برتری تلقی شود. متأسفانه روان‌رنجوری جبرانی که به وسیله فرد انتخاب می‌شود علی‌رغم اینکه با منطق خصوصی فرد سازگار است اما با عرف و عقل سلیم هماهنگ نیست. بنابراین از طریق دور کردن فرد از علاقهٔ اجتماعی مشکل را بدتر و شدیدتر می کند.

روش دیگر نگریستن به رشد رفتار ناسازگار، پیوند دادن آن با ناامیدی است. فرد ناامید نمی‌تواند امکان برنده شدن در یك جنگ و یا حل یك مشکل و یا حتی حرکت به سمت راه‌حلهای احتمالی را تصور کند. چنین شخصی به توانایی خود و یا به زندگیش اعتماد ندارد.

مشکل‌ترین چیز برای تحمل کردن این است که فرد خود را بی‌ارزش، بی کفایت و شکست خورده فرض کند. تهدید کننده‌ترین خطرها نیز تحقیر، خفت، حقارت و بی‌لیاقتی است. از آنجا که ما اغلب نسبت به ارزش خود شك داریم نمی‌توانیم این موضوع را درك کنیم که ما نیز در این اجتماع جایی داریم.

پیروان آدلر، ناامیدی را عامل اصلی همه نوع انحرافات، کمبودها و شکست‌ها می‌دانند مگر در موارد آسیب مغزی و عقب‌ماندگی ذهنی. مردم شکست می‌خورند زیرا که آنها در درجه اول، اعتماد به توانایی خود برای موفقیت ندارند. کودکی که شدیداً مأیوس است سعی می کند والدین، آموزگاران و همسالان خود را با نقص و کمبودی که به طور کامل از خود نشان می‌دهد تحت تأثیر قرار دهد و از این طریق آنها را وادار می کند که تقاضاهای زیادی از او نداشته باشند. (انسبیچر ۱۹۷۷، دینك مایر و دری کورز ۱۹۶۳، موساك و دری کورز ۱۹۷۳، پاپانك ۱۹۶۷)

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

درمان براساس مکتب آدلر، بر این فرض استوار است که مراجع زندگی خود را با شیوهٔ زندگی غلط طراحی و هدایت کرده و بنابراین در ایجاد علاقه اجتماعی شکست خورده است. در نتیجه وظیفه درمانگر این است که به مراجع کمك کند تا نظر عینی تری از

واقعیت داشته باشد و علاقه اجتماعی فعالتری را در او به وجود بیاورد. حاصل درمان این خواهد بود که مراجع نه تنها رفتار خود را درك می کند بلکه در می‌یابد که او قادر است زندگی خود را از طریق شیوه‌های ارضاکننده‌تری هدایت نماید. در حالی که درك او تغییر می‌یابد، اعمال و رفتارش نیز دگرگون می‌شود. (موساك و دری کورز ۱۹۷۳، نیکلی و بوستروم ۱۹۷۱)

فرایند مشاوره

پیروان آدلر فرایند مشاوره را شامل چهار مرحله می‌دانند:

الف. ایجاد رابطه همدلی بین مشاور و مراجع.

ب. کمك به مراجع برای درك باورها و احساسات، انگیزه‌ها و اهدافی که تعیین کنندهٔ شیوه زندگی اوست.

ج. کمك به مراجع برای اینکه نسبت به اهداف اشتباه و رفتارهایی که منجر به شکست خود می‌شوند بینش کسب کند.

د. کمك به مراجع برای توجه به شقوق عملی رفتار یا موقعیت مشکل‌زا و ایجاد تعهد در او برای تغییر آن رفتارها و موقعیت‌ها.

رابطه مشاوران پیرو آدلر رابطهٔ خود را با مراجع یك نوع همکاری می‌دانند که در آن مشاور و مراجع شریك یکدیگرند و با یکدیگر در جهت اهداف توافق شده بین طرفین کار می کنند. رابطه گاهی اوقات در یك قرارداد نوشته می‌شود. این قرارداد، اهداف فرایند مشاوره و مسئولیت‌های هر یك (مشاور و مراجع) را مشخص می کند. بنابراین، مشاور از رابطه به عنوان یك شیوهٔ حمایت کننده‌ای که برروی نقاط قوت بجای نقاط ضعف و تشویق بجای تجزیه و تحلیل تأکید می‌ورزد، استفاده می کند.

درك پیروان آدلر شیوه زندگی را به عنوان بنایی شخصی که بر ادراکات، باورها و احساسات فرد استوار است، تلقی می کنند. بنابراین، مرحله دوم مشاوره در برگیرندهٔ رشد و تعمق (برای هر دو مشاور و مراجع) در درك شیوه زندگی مراجع و گفتگو با مراجع در این مورد است. تمرکز همواره بر «چارچوب مرجع» مراجع و اهداف او می‌باشد. هنگامی که مشاور شیوهٔ زندگی مراجع را درك می کند، آنوقت می تواند به مراجع کمك نماید تا او نیز

درك نماید که چگونه شیوهٔ زندگیش تحت تأثیر باورها و اعتقادات اساسی قرار گرفته است. اعتقاد پیروان آدلر این است که باورها و اعتقادات بر احساسات اثر دارند و نه برعکس، یعنی اعتقاد و باور شما دربارهٔ اینکه خجالتی هستید در شما احساس ترس ایجاد می کند؛ به همین دلیل است که مشاور پیرو مکتب آدلر باورها و اعتقاداتی را که زیربنای احساسات است مورد بحث قرار می‌دهد و فقط بر بازتاب احساسات تأکید نمی کند.

بینش مشاور پیرو آدلر همراه با احساس همدلی و پذیرش مواجهه نیز می کند. او مراجع را با اشتباهات اساسی، اهداف اشتباه، رفتارهای مبتنی بر شکست خود و باورهای محدودکننده‌اش مواجهه می کند. این مواجهه به مراجعان کمك می کند تا تضادهای ظاهری خود را حل کرده و اهداف اشتباه خود را تصحیح نمایند.

شقوق مختلف آخرین مرحله مشاوره تشخیص مجدد موقعیت است که در آن بینش به عمل تبدیل می‌شود. تشویق محرك اصلی برای تغییر مراجع است. عامل مهم دیگر تعیین کردن هدف است یعنی مشخص کردن دقیق و عینی اهداف و مقاصد. این دو عامل یعنی تشویق و تعیین اهداف، تعهد مراجع را برای عمل کردن بر اساس راههای جدید محکم‌تر می‌سازد. (دینك مایر ۱۹۷۹)

اهداف مشاوره

فرایند روانی آموزشی مشاوره آدلر دارای اهداف زیر است:

الف. پرورش علاقه اجتماعی.

ب. کاهش احساس حقارت و غلبه بر یأس.

ج. تغییر در ادراکات و اهداف فرد.

د. تغییر نگرش اشتباه که زیربنای رفتار حتی رفتار قابل قبول و یا ارزشهای درحال تغییر است.

هـ. تشویق فرد برای تشخیص برابری خود با همردیفانش.

و. کمك به او برای آنکه به فردی مشارکت کننده تبدیل شود. (موساك و دینك مایر ۱۹۷۳، صفحات ۵۴-۵۳)

فرد سالم یا هنجار از نظر روانی، کسی است که علاقه اجتماعی او رشد یافته و مشتاق

است خود را به زندگی و وظایف زندگی بدون هر نوع بهانه و طفره رفتن متعهد نماید. روش دیگر تشریح یك شخصیت سالم این است که او را «شجاع»[1] بنامیم. یك شخص شجاع می‌تواند به موقعیت و تکلیف و یا رویداد به صورت اعمال و یا راه‌حلهای شدنی و امکان‌پذیر نگاه کند نه اینکه آنها را به عنوان تهدید یا خطر بالقوه‌ای تلقی نماید. به نظر می‌رسد اجزای اصلی تشکیل دهندهٔ شجاعت اعتماد به خود و توانایی‌های خود، برای مقابله با موقعیت خاصی که در آن هست یا هر موقعیتی که به وجود می‌آید، می‌باشد. آنچه که ویژگی یك شخص شجاع را مشخص می‌کند اعتقاد او به این مطلب است که راه‌حلها را می‌توان پیدا کرد یا «با هر موقعیتی می‌توان مواجه شد.» (این بدان معنی نیست که فرد همه جوابها را می‌داند.) افراد شجاع متقاعد شده‌اند که آنها به عنوان افراد با ارزش و منسجم می‌توانند از عهده هر آنچه که اتفاق می‌افتد بر آیند بدون اینکه احساس شکست یا حقارت کنند و یا تسلیم ناامیدی شوند. (دینك مایر و دری کورز ۱۹۶۳)

آموزش مشاور

آموزش مشاور آدلری به دو طریق صورت می گیرد. یك راه آن آموزش دیدن در یکی از مؤسسات آموزشی منطقه‌ای است (فهرست آن در پایان فصل آمده است). روش دوم از طریق آموزشهای کم و بیش سنتی دوره کارشناسی ارشد است که بر اصول و شیوه‌های مکتب آدلر تأکید دارد. (فهرست این دوره‌ها ضمیمه است.) انجمن روان‌شناسی آدلر در آمریکای شمالی[2] همه آموزشهای شیوهٔ اول و بعضی از آموزشهای شیوه دوم را قبول دارد. (کرن ۱۹۸۲)

مطالب زیر از کاتالوگ اطلاعاتی سال ۱۹۸۳ ـ ۱۹۸۱ مؤسسه آلفرد آدلر «شیکاگو» اقتباس شده و می‌تواند اطلاعاتی را دربارهٔ اینکه چگونه می‌توان یك مشاور آدلری شد ارائه دهد. این مؤسسه در سال ۱۹۵۲ به وسیله ردلف دریکورز[3] یکی از دانشجویان آلفرد آدلر تأسیس گردید. در این مؤسسه نظریه و شیوه‌های روانشناختی زیر نظر اعضای هیأت علمی

1. courageous
2. North American Society of Adlerian Psychology
3. Rudolph Dreikurs

مجرب تدریس می‌شود. دانشجویان می‌توانند در دوره‌هایی که منتهی به اخذ درجه کارشناسی ارشد[1] می‌گردد، و یا در دوره‌هایی که نیاز به شرکت در برنامه‌های کارشناسی ارشد ندارد و منتهی به اخذ گواهینامه می‌گردد ثبت نام نمایند. همه این آموزشها دارای زمینه‌های بالینی است. برنامه‌ریزی ایجاد دوره دکترا در حال انجام است، دوره‌ها به صورت پاره‌وقت ارائه می‌شود یعنی بعد از ظهرها یا شبها یا روزهای تعطیل یا برخی از روزهای تابستان. به طور کلی، این دوره‌ها آموزشهای پیشرفته‌ای را برای افراد حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای شاغل تدارك دیده است. بسیاری از درسها برای دو ساعت برنامه‌ریزی شده که به مدت یازده هفته و هر هفته در یك بعد از ظهر تدریس می‌شود؛ مؤسسه هر یك از این درسها را یك واحد تلقی می‌کند. (یك واحد این مؤسسه برابر است با یك ساعت و نیم ترم دانشگاهی)

متقاضیان ثبت نام در دورهٔ کارشناسی ارشد (M.A) باید دارای درجه کارشناسی در رشته‌های مرتبط با حداقل هجده واحد درسی دورهٔ لیسانس یا کار تخصصی در مشاوره یا روان‌شناسی باشند. دوره کارشناسی ارشد شامل بیست و یك واحد درسی از جمله کار عملی است و شامل حداقل پنجاه ساعت تماس با حداقل پنج مراجع می‌باشد. دانشجویان برای کار عملی حداقل دوازده ساعت زیر نظر دو استاد متفاوت آموزش می‌بینند. علاوه بر کار عملی فردی، دانشجویان باید حداقل سی ساعت نیز نظارت و سرپرستی گروههای کوچك را داشته باشند همه دانشجویان باید در دو رشته شرکت کنند آنها یا باید مشاوره خانوادگی را مشاهده نموده و یا رهبری یا کمك رهبری یك بحث گروهی والدین، یا گروه مطالعه را برعهده گیرند. در پایان علاوه بر تکمیل برنامه، هر دانشجویی لازم است که تجربه در درمان فردی یا گروهی داشته باشد.

کارکرد مشاور

یکی از مفروضات اساسی روان درمانی آدلر این است که مراجع نسبت به محرکهای بیرونی غیر فعال نیست بلکه یك شرکت کننده فعال در زندگی است که نسبت به دیگران واکنش منحصر بفرد دارد. در این صورت درمان بسیار مؤثر خواهد بود زیرا که وقتی بر شیوهٔ

1. Master of Art (M.A)

ویژه و منحصر بفرد در درك و تفسیر تجربیات تأکید می‌شود، اثر بیشتری نسبت به زمانی دارد که فقط بر ماهیت خود تجربیات تأکید می گردد. رفتار غیر قابل قبول یك مراجع را نباید به‌عنوان یك بخش مجزا به شمار آورد بلکه آن را باید در رابطه با الگوی کلی زندگی مراجع نگاه کرد. در نتیجه برای درك و درمان ناسازگاری درمانگر باید با چیزها به طور مستقیم و همانگونه که هستند برخورد کند نه آن گونه که باید و یا ممکن است باشند و یا آن گونه که قبلاً بوده‌اند.

مشکلات مراجع همیشه یك معنا و مفهوم اجتماعی دارد. درمانگر باید در این چارچوب رفتار مراجع را درك کند. ناسازگاری هنگامی ایجاد می‌شود که فرد را از تجربه کردن و جذب عناصر محیط اجتماعی و در نتیجه از فرایند درون فردی محروم کرده باشند. درمانگر باید درپی کشف این مطلب باشد که چه چیزی مراجع را با استفاده از تجربیاتی که در خلال دوران رشد داشته، باز داشته است و چه چیزی احساس مسئولیت و احساسات اجتماعی مراجع را در فرایند اجتماعی شدن کاهش داده است؟ که اینها برای سازگاری موفقیت آمیز درزندگی لازم هستند. (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۲۸)

مشاور آدلری در درجه اول یك مشارکت کنندهٔ فعال در فرایند مشاوره است. در پژوهشهایی که صورت گرفته ویژگیهای یك درمانگر مؤثر آدلری به صورت زیر توصیف شده است: همدلی، گرمی، خلوص (کارخوف ۱۹۸۹، رفرانك، هون-ساریك، ایمبر، لیبرمن و استون ۱۹۷۸، راجرز، جندلین، کیسلر و تروآکس ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷) اما به هر حال تأکید بیشتر بر ابعاد عملی تر موضوع نظیر تفسیر، مواجهه و عینیت می‌باشد؛ بعلاوه مشاوران آدلری باید آگاهی از امور زیر داشته باشند:

الف. عقاید و احساسات مراجع.

ب. نقش آنها به عنوان یك الگو برای مراجع.

ج. شرایطی که برای رشد مراجع ضروری است. نظیر همدلی، توجه و علاقه، خلوص، گشاده‌رویی، توجه مثبت و احترام، درك و روشن کردن معنا و هدف رفتار مراجع و روشهایی که دارای زمینه‌های عملی بیشتری هستند. (دینك مایر ۱۹۷۹)

از آنجا که مشاور آدلری تابع درمان دارویی نیست لذا از ایفای نقشی که او را دانا و توانای مطلق نشان بدهد خودداری می کند و به همین شدت نیز سعی دارد که مراجع را

به‌عنوان یك فرد یا گروگانی غیر فعال و تسلیم شده در نظر نگیرد که فقط باید به او گفت که چه بکند. درمان در این جهت طراحی می‌شود که مراجع را آگاه سازد که او موجودی خلاق است و نقش مهمی در ایجاد مشکلات خود ایفا کرده است و مسئول رفتار خود می‌باشد. (موساك ودری کورز ۱۹۷۳)

تمرین مشاوره

تکنیک‌های عمده

مشاوران آدلری تکنیك‌های گوناگونی را به کار می‌برند که برخی از آنها در همه مراحل مشاوره مورد استفاده قرار می گیرند (مانند توجه و پاسخ توأم با همدلی) در حالی که بعضی دیگر از تکنیك‌ها فقط در مراحل خاصی از فرایند مشاوره مورد استفاده قرار می گیرند(مانند تفسیر خاطرات اولیه)

مرحله اول: رابطه به منظور تسهیل حرکت به سوی اهداف این مرحله (ایجاد اعتماد متقابل، تعهد به اهداف، ایجاد فرضیات آموزشی دربارهٔ رفتار مراجع، شناسایی نگرشها، افکار و رفتارهای مراجع که می تواند در رابطه مشاوره‌ای دخالت داشته باشند.) تکنیك‌های زیر به کار می‌رود. (دینك مایر ۱۹۷۹)

۱. *رفتار توأم با توجه و گوش دادن با دقت مشتمل است بر ارتباط خوب چشمی، حالتی آرام که همراه با فعالیت و درگیری است و اظهارنظرهایی که مستقیماً از گفته‌های مراجع نشأت می گیرد. گوش دادن با دقت نه تنها دربرگیرندهٔ دقت در مفاهیم کلمات مراجع می‌باشد بلکه در برگیرنده درك احساسات، مقاصد و مفاهیم شخصی او نیز است که ممکن است در پس پیام او نهفته باشد.*

۲. *بستن یك قرارداد مراجع را نسبت به اهداف مشاوره متعهد می کند (چه به صورت ضمنی یا صریح) که بوضوح انتظارات و اهداف مراجع و همچنین برنامه مشاور را برای کمك مشخص می کند. همچنین می توان از طریق سؤالات زیر تعهد مجدد مراجع را به وجود آورد. مانند «آیا این همان است که شما می خواهید باشید»، «فکر می کنید چه اتفاقی می‌افتد اگر شما بر رفتارتان اصرار داشته باشید؟» از آنجا که درمان*

صورت نمی گیرد مگر آنکه مشاور و مراجع بر سر هدف و فرایند درمان با یکدیگر توافق کنند. لذا ضروری است که مشاور توجه مراجع را به موضوعی که پیش روی دارند متمرکز کند و اجازه ندهد که فرایند درمان با طفره رفتن‌ها و دفاعهای مراجع و یا ابهامات مشاور منحرف شود.

۳. *بازتاب احساسات، درك همدلانه، گرفتن اصل مطلب از مراجع در رابطه با احساسات و مفاهیمی که مربوط به شخص اوست.*

مراجع: من از اینکه به وسیله گروه کنترل شوم و مجبور به سازش باشم خسته شده‌ام. من نمی توانم این طور کار کنم.

مشاور: تو از کنترل گروه عصبانی هستی و مایلی که آزاد باشی تا بتوانی خودت تصمیم بگیری.

۴. *استفادهٔ کار از سکوت به معنی آن است که مشاور سکوت را بدون آنکه مضطرب شود بپذیرد. این کار به مراجع کمك می کند تا مسئولیت خود را برای شروع صحبت و درمیان گذاشتن نگرانی‌های خود بشناسد. مشاور پس از آنکه برای مدت کوتاهی سکوت را می پذیرد، ممکن است سؤال کند «فکر می کنی الان دارد چه می گذرد؟»*

۵. *ارتباط غیر کلامی مانند حالت چهره، حالت بدن، سفت کردن عضلات، آهنگ و زیر و بمی صدا، سرعت نفس کشیدن می‌تواند به اندازه ارتباطات کلامی مهم باشد. مشاور پس از آنکه چندین بار (و نه فقط یك مرتبه) حالتهای غیر کلامی را مشاهده نمود براساس آنها استنباط می کند و می گوید: «به نظر می‌رسد که برایت مشکل است در این مورد صحبت کنی.» و یا «آیا ممکن است آن فکر شما را عصبانی کرده باشد؟»*

مرحله دوم: ارزیابی، درك، تشخیص و طبقه بندی مشکلات این مرحله دارای دوهدف عمده است: درك شیوهٔ زندگی مراجع و اینکه چگونه این شیوه زندگی کارکرد فعلی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این مرحله دو تکنیك متفاوت وجود دارد که می تواند مورد استفاده قرار گیرد. (دینك مایر ۱۹۷۹)

مشاور معمولاً این مرحله را با کشف وضعیت فعلی مراجع، راههایی که مراجع از آن طریق به روابط اجتماعی خود دست پیدا می کند، احساس مسئولیت در کار، نقش جنسیت و

احساسات مراجع دربارهٔ خود شروع می کند. تصویر کلی شخصیت‌های مراجعان زمانی به طور کامل درك می‌شود که به عمق تفکرات آنها نفوذ کنیم و منطق خصوصی آنها را که ممکن است ریشه ناسازگاری‌های آنها باشد کشف نماییم. برای کشف این منطق خصوصی درمانگر تلاش می کند تا دریابد که مراجعان زمانی که رفتارهای بخصوصی را انجام می‌دهند چه چیزهایی به خودشان می گویند. وقتی که این منطق خصوصی با درمانگر در میان گذاشته شود، اهمیت و تأثیر آن برای مراجعان کم می‌شود و آنها متوجه می‌شوند که چگونه خواست‌های توافق شدهٔ واقعیت را کنار می گذارند و یا از آنها صرفنظر می کنند تا منطق خصوصی خود را به عنوان توجیه و دلیلی برای رفتارشان ایجاد نمایند. (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۶۲)

پیروان آدلر اعتقاد دارند که تعیین الویت مراجع یك روش بالینی مفید، برای معین کردن اهداف کوتاه و بلندمدت و اعتقادات راسخ مراجع است برای تشخیص الویت اول مراجع، مشاور از او می خواهد که با مختصر جزئیات برنامه یك روز عادی زندگی خود را بیان نماید (چه می کند، چرا آن کارها را انجام می دهد، چه احساسی دربارهٔ آنها دارد؟)، عمومی‌ترین الویت اول عبارتند از احساس راحتی، احساس خشنودی کنترل داشتن و احساس برتری (به عنوان مثال: «فقط زمانی احساس واقعی تعلق می کنم، که راحت باشم») روشهای دیگر تشخیص الویت اول شخص این است که از او پرسیده شود که باید از چه چیزهایی به هر قیمتی دوری کند و یا او به طور مستمر چه احساسی را در دیگران به وجود می‌آورد.

برای پی بردن به منظومه خانوادگی می‌توان دربارهٔ ارزشها و نگرشها و روشهای انضباطی خانواده سؤالاتی را مطرح کرد. پرسشنامه منظومهٔ خانوادگی می‌تواند در این زمینه به مشاور کمك کند. «نخستین قدم در روشن نمودن منظومه خانوادگی مراجع این است که از او بخواهیم دربارهٔ خواهر و برادرهای خود و ویژگی‌های منفی و مثبت آنان شرح دهد.» بدین ترتیب روابط عاطفی بین خواهران و برادران و بین هر کدام از بچه‌ها با پدر و مادر کشف می‌شود. در پایان از مراجع خواسته شود که احساسات و نگرشهای خود را نسبت به اعضای خانواده بیان کرده و افراد خارج از خانواده که او را تحت تأثیر قرار می دهند نام ببرد. (سالمان و نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۳۹)

خاطرات اولیه (ER) با ارزش هستند زیرا که راهنمایی هستند که نشاندهندهٔ نگرشها، اعتقادات و انگیزشهای فعلی مراجع می‌باشند و افراد تنها آن دسته از وقایع دوران اولیه کودکی را به یاد می‌آورند که همسان با نگرشهای کنونی آنها نسبت به خودشان و یا نسبت به جهان باشد.

به کارگیری خاطرات اولیه یکی از تکنیك‌های فرافکن است که می‌تواند برای ارزیابی پویایی‌های شخصیت فرد به کار رود. از مراجع خواسته می‌شود که «فکر کند و تا جایی که می‌تواند به عقب برگردد. خاطرات سالهای کودکی خود را به مشاور بگوید» تأکید خاصی که به این خاطرات اولیه می‌شود شیوهٔ اصلی زندگی مراجع را نشان می‌دهد. (نیکلی و ورگر ۱۹۷۱)

خلاصه منظومه خانوادگی و تفسیر خاطرات اولیه، به مشاور امکان می‌دهد تا ادراکات اشتباه و ادراکاتی که علیه مراجع است و یا به عبارت دیگر اشتباهات اساسی او را دریابد. موساك و دری کورز اشتباهات اساسی را به صورت زیر نام می‌برند:

الف. تعمیم‌های افراطی «مردم دشمن من هستند.»

ب. اهداف غیرممکن و نادرست برای دستیابی به امنیت. «من باید همه را خوشحال کنم.»

ج. ادراکات غلط از زندگی و خواستهای آن. «زندگی هرگز به من روی خوش نشان نمی‌دهد.»

د. ناچیز شمردن یا انکار ارزش خود. «من فقط یك خانه‌دار هستم.»

هـ. ارزشهای اشتباه. «تو باید نفر اول باشی حتی اگر به خاطر آن لازم باشد که به دیگران پشت پا بزنی.»

برای به کار گیری روشهای کلی گفته شده مشاور می‌تواند یك یا چند دستورالعمل جزئی را مورد استفاده قرار دهد.

۱. توضیح[1]: *عبارت است از: فرایند بررسی گفته‌های مراجع به منظور اطمینان یافتن از اینکه مشاور مفاهیم مراجع را به همان گونه‌ای که وی در نظر دارد متوجه شده و درك*

1. paraphrasing

کرده است.

مراجع: من چیزی دربارهٔ او نمی‌دانم. گاهی اوقات خیلی خوب است، اما دوباره بد می‌شود.

مشاور: شما مطمئن نیستید از اینکه او چه خواهد کرد. به سختی می‌توان رفتار او را پیش بینی کرد.

۲. مواجهه[1]: یعنی مشاور مراجع را متوجه نکات افتراق یا تفاوت بین نیات و رفتارهایش، بین احساسات و پیامهایش و بین بینش‌ها و اعمالش می‌کند و یا نگرشهای ذهنی، اعتقادات و نگرشهای اشتباه و اهداف خصوصی و رفتارهای مخرب مراجع را نمایان و روشن می‌سازد.

۳. تفسیر[2]: عبارت است از انتقال توجه از چارچوب[3] مرجع مراجع به چارچوب مرجع مشاور. که در این صورت دیدگاه جدیدی جهت درك شرایط به مراجع داده می‌شود. به منظور کاهش مقاومت، تفسیر معمولاً به صورت آزمایشی پرسیده می‌شود مثلاً «آیا می‌تواند اینگونه باشد که...» یا «آیا ممکن است که...»

۴. سوال: آدلر از آن جهت سؤال می‌کرد که تشخیص دهد آیا مشکل شخص دارای ریشه ارگانیکی است یا کارکردی. او می‌پرسید «چه فرقی می‌کرد اگر تو حالت خوب بود؟» پاسخ این سؤال بیان کنندهٔ این است که مراجع از طریق نشانه‌های جسمی، دارد از چه چیزی اجتناب می‌کند.

۵. ادراك و پاسخ عینی و محسوس، مراجع را تشویق می‌نماید تا به طور صریح و مشخص با موضوعات شخصی مرتبط، ارتباط ایجاد نماید. مثلاً:

مراجع: نمی‌دانی که بعضی از شوهرها چه عکس‌العملی نشان می‌دهند.

مشاور: تو مطمئن نیستی که تام نسبت به تصمیم تو برای بازگشت به مدرسه چه عکس‌العملی نشان خواهد داد.

1. confrontation
2. interpretation
3. frame of reference

۶ . هنگامی که شخص مأیوس در جستجوی اهمیت و ارزش اجتماعی است، رفتارهای مناسب و درست را از خود نشان نمی‌دهد غالباً چنین رفتارهایی دیگران را آشفته می‌سازد و دیگران آن را به عنوان یك رفتار ناسازگار می‌بینند. درمانگران آدلری تلاش می‌کنند تا به مراجع اهداف رفتار ناسازگارش را نشان دهند. هدف اول مراجع دربرگیرندهٔ مکانیسم‌های جلب توجه است. زمانی که مکانیسم‌های جلب توجه با شکست مواجه می‌شود، کودك به سوی هدف بعدی میل پیدا می‌کند یعنی جنگ قدرت. جستجو برای پیروزی (خصوصاً پیروزی بر بزرگسالان نیرومند) انگیزه اولیه کودك می‌شود زمانی که کودك در اثبات برتری خود بر بزرگسالان شکست می‌خورد شروع به جستجو برای انتقام گرفتن می‌کند. که این سومین هدف او می‌شود، و زمانی که در انتقام گرفتن نیز شکست می‌خورد به کودك احساس درماندگی دست می‌دهد و سعی می‌کند بزرگسالان را نسبت به بی‌کفایتی کامل خودقانع سازد. (لو ۱۹۷۱)

مرحله سوم: آشناسازی مجدد در این مرحله مشاور و مراجع با یکدیگر کار می‌کنند تا نگرشها، اعتقادات و کنش‌های جدید را برای آموزش و انگیزش مجدد مراجع مورد بررسی قرار دهند تا دیدگاه او را نسبت به زندگی مؤثرتر نماید. چندین استراتژی معین برای دستیابی به این اهداف مورد استفاده قرار می‌گیرند (دینك مایر ۱۹۷۱)

۱ . فوریت[1] به معنی آن است که مشاور می‌گوید که چه تجربه‌ای از مراجع در حال حاضر دارد.

مراجع: من می‌خواهم کاری را شروع کنم اما فایده‌ای ندارد آنها همه جلوتر از من هستند.

مشاور: شما می‌گویید که می‌خواهید کاری را شروع کنید اما احساس من از تُن و حالت صدای شما این است که شما پیش از این تسلیم شده‌اید.

۲ . قصد متناقض[2] واژه‌ای است که اشاره به روشی دارد که به وسیله آن مراجع تشویق

1. immediacy
2. paradoxical intention

می‌شود تا بر نشانه‌ها تأکید بیشتری نماید. (مثال: اگر مراجعی ناخن خود را می‌جود مشاور او را تشویق می‌کند تا حالتی را تصور کند که او در حال فرو کردن انگشتانش در آرنجش می‌باشد.)

۳. آب دهان انداختن در سوپ مراجع: «این عبارت از اصطلاحات مدرسه‌ای گرفته شده است و اشاره بدان دارد که کسی با آب دهان انداختن در غذای دیگری غذای او را برای خود بردارد.» از نظر بالینی یعنی تغییر رفتار از طریق تغییر معنا و مفهومی که آن رفتار برای مراجع دارد. مشاور ارزش و قصد آن رفتار را مشخص می‌کند و سپس ارزش آن رفتار را نزد مراجع پایین می‌آورد تا شوخی و بازی را کنار بگذارد.

۴. حل مشکل و تصمیم گیری از جمله مهارتهای اساسی آخرین مرحله مشاوره است. مشاور و مراجع هدفها را تنظیم و راههای مختلف و احتمالی و نیز نتایج آنها را بررسی می‌کنند. اینکه هر یك از این راهها چگونه مراجع را در رسیدن به اهدافش کمك می‌کند آنوقت مؤثرترین شیوه را اجرا می‌نماید.

۵. مشخص کردن تکلیف و تعهد نسبت به آن از جمله مراحلی است که مراجعان در جهت حل مشکل خود، آن را می‌گذرانند. برای اثر بخش بودن این کار، تکلیف باید مشخص باشد و به وسیله مراجع انتخاب شود مرحله مشخص کردن تکلیف و ایجاد تعهد نسبت به آن به مراجع کمك می‌کند تا عقاید و احساسات جدید خود را تبدیل به اعمالی مؤثر و کارا بنماید و برای این کار انرژی لازم را تولید می‌کند. این کار بازخوردی را به وجود می‌آورد که به وسیله آن پیشرفت مراجع را می‌توان ارزیابی کرد. (دینك مایر ۱۹۷۹)

۶. «علاقه اجتماعی یا احساس اجتماعی چیزی نیست که بتوان یاد داد بلکه چیزی است که از طریق فعالیت و ارتباط بین مراجع و درمانگر به وجود می‌آید. در وهله اول از طریق پذیرش کلامی و غیر کلامی مراجع منتقل می‌شود.» این علاقه هنگامی که درمانگر نقش یك الگو برای مراجع را دارد شدت می‌یابد. علاقه اجتماعی به روش سومی نیز شدت می‌یابد و آن هنگامی است که «درمانگر به مراجع کمك می‌کند تا او به ارزش خود به عنوان یك انسان و ارزش دیگران پی ببرد.» احساس اجتماعی نیز همچنین زمانی که

درمانگر خود را بیان می‌کند و احساس خود را آشکار می‌سازد بیشتر می‌شود. و بالاخره علاقه اجتماعی مراجع زمانی به وجود می‌آید که وی به طور سازنده‌ای با زندگی دیگران درگیر شده و ارتباط برقرار کند. (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۹۱)

پارامترهای درمان

پیروان آدلر در هر نوع جلسه‌ای که تصور کنید شرکت کرده و براساس شیوه آدلر عمل می‌نمایند. مانند جلسات خصوصی، در رابطه با بیماران بستری یا بیماران سرپایی، زندانها، مدارس و مشاورهٔ گروهی و برنامه‌های بهداشت روانی. معمولاً دفتر مشاوره هیچ نوع اثاثیه یا تجهیزات خاصی ندارد (مثل مبل راحتی) درمانگر آدلری در طول مشاورهٔ فردی، روبروی مراجع می‌نشیند و یا خود نیز در حلقه مشاوره گروهی شرکت می‌کند. بعضی از درمانگران از نوار ویدیو یا ضبط صوت در جلسات درمان استفاده می‌کنند و البته بعضی نیز این کار را نمی‌کنند. تعدادی از درمانگران از نوارها جهت بازخورد مراجعان و بعضی دیگر جهت مطالعه یا پژوهشهای شخصی استفاده می‌نمایند و تعدادی نیز جهت تدریس از نوار ویدیو و ضبط صوت بهره می‌گیرند. بعضی از پیروان آدلر بویژه درمانگران قدیمی و آموزش‌دیده در اروپا از آزمونهای روانشناختی استفاده نمی‌کنند و معتقدند که این آزمونها، تنها نمایانگر آنچه که فرد هست می‌باشد و چگونگی زندگی کردن او را مشخص نمی‌نماید.

پیروان آدلری عموماً از تکنیک‌های مختلف درمان استفاده می‌کنند. دری کورز و همکاران او درمان چندگانه[1] (چند درمانگر با یك مراجع) را معرفی کردند و از اولین کسانی بودند که مشاورهٔ گروهی را در جلسه مشاوره خصوصی به کار بردند. مشاوره خانوادگی که دربرگیرندهٔ شرکت همه اعضای خانواده در آن است مدتها به عنوان نکته برجسته و هنر روش آدلری به شمار می‌آمد. آدلر خود به تنهایی اولین کلینیك راهنمایی کودك را تأسیس نمود.

رویکرد آدلری نسبت به بسیاری از درمانها بویژه روانکاوی کوتاه‌مدت‌تر است. اگر

1. multiple therapy

درمان درست صورت گیرد باید ظرف مدت سه ماه یا کمتر علایم موفقیت ظاهر شود. (موساك و دری کورز ۱۹۷۳)

مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از گارفلینکل، ماسی و مندل (۱۹۷۶)

«چارلز. اس، فرزند بزرگ خانواده، زمانی که برای مشاوره آورده شده است هشت ساله بود. آنچه که این مورد را متفاوت از دیگر موارد می کند این است که چارلز دارای برادری کوچکتر بود که او در همان سنین کودکی فوت می کند و در نتیجه چارلز تنها فرزند خانواده خود می‌شود. در چنین وضعی طبیعی است که والدین بیش از پیش از فرزند باقیماندهٔ خود مراقبت، و به او توجه می کنند و این مطلب در مورد چارلز نیز صادق بود. در زمان مشاوره والدین او از یکدیگر جدا شده و او با مادرش زندگی می کرد.»

چارلز یك سری اعتقادات اشتباه داشت که واکنشی به محیط خانه‌اش بود و او معتقد بود که «من باید همیشه جلب توجه کنم و اگر نکنم حتماً مشکلی دارم. من باید هر کاری که می توانم برای جلب توجه انجام دهم.» او در مدرسه از طریق فریاد زدن، بلندشدن از جای خود و قدم زدن در کلاس، بی‌احترامی به معلم و ستیزه‌جویی با همکلاسی‌ها سعی در جلب توجه بیشتر داشت. زمانی که معلم او را برای روخوانی صدا نمی‌زد عصبانی می‌شد و اگر به او می گفتند که مثلاً کار اشتباهی را انجام داده است یاخیلی تعجب می کرد و یا ناراحت می‌شد. بالاخره او همیشه فکر می کرد که دیگران با او خوشرفتاری نمی کنند.

مثال زیر نشان می‌دهد که اولین خاطره می تواند بر درك ما از دیدگاه پدیدار شناختی فرد از زندگی تأثیر داشته باشد. مثلاً اولین خاطره چارلز چنین است: «من و مادرم داشتیم با اتوبوس به مرکز شهر به سلمانی می‌رفتیم. من ساعت کوچکی به دستم بود که آنرا توی اتوبوس گم کردم. مادرم از دست من عصبانی شد و محکم به دستم زد.» زمانی که درمانگر خاطره چارلز را تحلیل می کرد دریافت که او دارای نگرشی اینچنین است که: «وقایعی اتفاق می‌افتند که مرا توی مشکل بیندازند.» مشاور دریافت که رابطه چارلز با مادرش دارای اهمیت است.

مشاور به خاطرهٔ بعدی چارلز مراجعه کرد تا ببیند آیا آنها نیز همین مفهوم را می‌رساند. چارلز نوشته بود که «مادرم از من عکس گرفت. از او پرسیدم من که دهانم را باز گذاشته بودم چرا از من عکس گرفتی؟». این دو مطلب در خاطرات اول و دوم چارلز نشان می‌دهد که اولاً او فکر می‌کند که حوادث برای او اتفاق می‌افتند و ثانیاً او در مورد وضع ظاهر خود نگران است. (سلمانی ـ عکس)

خاطرهٔ سوم نیز می‌تواند مفید باشد تا ما درک بهتری از شیوهٔ زندگی چارلز داشته باشیم. «به یاد می‌آورم که با برادرم بازی می‌کردم و اگرچه او کوچکتر بود همیشه مرا می‌زد. وقتی که جعبه‌ای را به سویم پرتاب کرد من نتوانستم کاری بکنم. او جعبه را روی سرم گذاشت و روی آن نشست. نمی‌توانستم خودم را از دستش رها کنم. مادرم او را از روی جعبه بلند کرد. آنوقت توانستم سرم را از توی جعبه بیرون بیاورم.»

ما بتدریج متوجه شدیم که رابطه چارلز با مادرش بسیار مهم است و همچنین یك چهره جدید و مهم یعنی برادر کوچکش نیز، اهمیت دارد. بجای اینکه چارلز فرزند نیرومندی شود متوجه شد که برادرش همیشه از او قوی‌تر است. این گفته چارلز برای مشاور خیلی اهمیت داشت که «همه مرا می‌زنند هم کوچکش (برادر) هم بزرگش (مادر) و من هم نمی‌توانم کاری کنم همه چیز برای من اتفاق می‌افتد. من احتیاج به کمك دارم. یك آدم قوی باید کمکم کند.»

در طول مدت مشاوره معلوم شد که چارلز همچنان سعی در حفظ اعتقادات اشتباه خود دارد. لازم به ذکر است که چارلز زمانی که در مدرسه مرتکب اشتباه می‌شد هرگز احساس نمی‌کرد که او اشتباه کرده است. بسرعت از معلم خود کمك می‌گرفت تا با همکلاسانش مقابله کند. معلم او اغلب می‌شنید که با ناله می‌گفت: «من بیچاره، همه اتفاقات برای من می‌افتد.»

مشاوره با چارلز در درجه اول بر این مطلب متمرکز بود که احساسات مربوط به علاقه اجتماعی او را برانگیخته نماید. این کار با تشویق چارلز جهت برقرار کردن دوستی و در عین حال کمك به او برای ایجاد اعتماد به نفس بیشتر انجام گرفت و برای این کار جلسات متوالی صرف تمرکز بر روی نقاط قوت و مثبت چارلز گردید.

کاربرد

علاوه بر کاربردهای معمول درمان فردی و گروهی، پیروان آدلر شیوه‌های درمانی بسیار زیادی را تدوین کرده و مورد استفاده قرار داده‌اند. آدلر در کلینیك راهنمایی کودك خود یك روش گروهی را به کار برد که در آن کودکان را در حضور مشاهده کنندگان درمان نمود. این روش ابتدا به عنوان یك سمینار آموزشی برای معلمان مورد استفاده قرار گرفت اما بزودی این روش، یك روش درمانی برای کودکان درآمد و امروز در بسیاری از مراکز آموزش خانواده به کار می‌رود. مشاوران پیرو آدلر همچنین انواع دیگر مشاوره گروهی را نیز به کار می‌برند: نظیر مشاوره چندگانه (چند مشاوره با یك مراجع)، خانواده درمانی، سایکودراما[1]، محیط درمانی (جامعه محلی که قدرت درمانی دارد) و مشاوره گروهی آموزشی ضمناً اصول و شیوه‌های آدلر در کلاسهای آموزش والدین، مددکاری، توان‌بخشی افراد مهاجم، مجموعه‌های صنعتی، مشاوره پیراپزشکی، آموزش رهبری، تحرك اجتماعی و گروههای خودیاری[2] نیز به کار می‌رود.

نقد

پشتوانه پژوهشی

پیروان آدلر مانند بسیاری از روانکاوان و متخصصان بالینی اروپایی نسبت به روشهای تحقیق آماری با شك و تردید نگاه می کنند. در نتیجه تحقیقاتی که صورت گرفت مبنی بر بررسی موارد بالینی بود. اخیراً کسانی که پیرو آدلر نبودند تحقیقات آماری در این مورد انجام داده‌اند که بخش اعظم رویکرد آدلر را معتبر دانسته‌اند.

الیس[3] (۱۹۵۷) تأثیر شیوه‌های روانکاوی، التقاطی و درمان منطقی-هیجانی[4] را با یکدیگر مقایسه نمود. قسمت اعظم درمان نوع آخر که به وسیله الیس تدوین شده بر اصول

1. sychodrama
2. self - help groups
3. Ellis
4. Rational Emotive Therapy

آدلری استوار است و بسیار بیشتر از دو رویکرد دیگر مؤثر بوده است. دیلورتو (۱۹۷۱) در یك بررسی کاملاً دقیق و کنترل شده دریافت که مراجعانی که بر اساس رویکرد منطقی- هیجانی (RET) درمان می‌شوند، بهبود قابل ملاحظه‌ای در میزان اضطراب درون فردی آنها پیدا می‌شود و این دستاوردها را تا سه ماه بعد از آن نیز حفظ می کنند. مهم ترین نتیجهٔ این آزمایش این بود که مراجعان درونگرا که درمان منطقی-هیجانی را دریافت داشته‌اند، در خصوص روشهای اجتماعی مناسب توانستند نسبت به کسانی که درمان دارویی و یا روشهای غیر درمانی در مورد آنها به کار رفته است سریع تر به مردم عادی برسند. بعلاوه گروه درمان منطقی-هیجانی نسبت به دو گروه حساسیت‌زدایی منظم و گروه مراجع محوری توانستند دستاوردهای بیشتری داشته باشند. متأسفانه اغلب گزارشهایی که دربارهٔ نظریه وشیوهٔ آدلر نوشته شده به صورت شهادتنامه (انسبیچر ۱۹۷۷) و مشاهدات کلینیکی موردی و یا به‌وسیله کسانی که پیرو آدلر نبودند انجام شده است. (آلن ۱۹۷۱)

ارزیابی

هنگامی که به جهان معاصر نگاه می کنیم می‌بینیم که نمی توانیم حتی یك مشکل در اطراف خودمان پیدا کنیم که ناشی از کاهش (اگر نگوییم فقدان) علاقه اجتماعی نباشد چه خانواده‌ای که هر فرد دارد و یا خانوادهٔ ملت‌ها، هر یك مصمم هستند تا «از این میان سهم خودرا بگیرند.» آدلر فقدان علاقه اجتماعی را به عنوان بیماری اصلی نوع بشر شناسایی نمود.

فروید ما را در یك رویکرد «سطح پایین، معمولی و فرقه گرا» در زندگی حبس کرده است (تعادل حیاتی) جایی که مهم ترین آرزویی که می توان داشت، تلاش کم و بیش موفق جهت کنترل حیوان در آن زندگی است. آدلر معتقد بود که زندگی چیزی بیش از صِرف بقای نوع بشر است: فرد از طریق سلطه بر محیط می تواند زندگی با کیفیت بهتری را به دست بیاورد.

آدلر ماهیت و طبیعت انسان را به عنوان چیزی که «از گذشته کشیده شده»[1] می‌داند

1. pulled from before

نه چیزی که «از عقب آن را هل داده‌اند»[1] یعنی به عنوان یك فرد فعال تا یك فرد منفعل. آدلر اراده و وسیلهٔ تصمیم گیری درمورد خود و همچنین مؤثرترین چارچوب را برای درك رفتار خود و دیگران به ما داد. یکی از «برجستگی‌های درك غایت شناختی رفتار بشر، مشکل و پیچیده‌نکردن مشاوره و درمان است. بجای اینکه به توضیحات افسانه‌ای رفتار پناه ببریم فقط احتیاج داریم که بپرسیم، شما از این کار چه به دست می آورید.» نتیجه دیگر را دری کورز و گسل در سال ۱۹۷۲ گرفتند که اهداف بدرفتاری کودکان را روشن می‌سازد. به نظر می‌رسد که اینها کمك‌های اصلی و اساسی رویکرد آدلر می‌باشند. هر کدام از اینها نتایج و آثاری دارند که کمك به روان‌شناسی نیز بشمار می آید.

محدودیت عمده‌ای که به نظر می‌رسد در تکنیك آدلر وجود داشته باشد این است که آدلر و شاگردانش وقت بسیار کمی را به نظریه و اصول درمان روان‌شناسی فردی و همین طور زمان کمی را نیز به تحقیق و تجربه دربارهٔ این شیوه اختصاص داده‌اند. خوشبختانه بسیاری از پیروان جدید آدلر شروع به پر کردن این شکاف کردند و آنها به نظر می‌رسد که از اعتراف به کمك‌هایی که غیرپیروان آدلر به نظام آدلر کرده‌اند ابایی ندارند.

1. pushed from behind

فصل چهارم

تحلیل تبادلی[1]

اکثر نظریه‌ها و دیدگاههای مربوط به شخصیت در مشاورهٔ بازتاب شخصیت و ویژگی‌های بنیانگذار همان نظریه است. مثلاً اریك برن[2] در مورد نظریه تحلیل تبادلی به ما می گوید: «هرچه که من می گویم و هرچه که من انجام می‌دهم، انجام بده اما مانند من نباش.» او معتقد بود که دیگران می توانند طرح زندگی خودشان را تغییر دهند، اما او نمی تواند. او ضربه‌ها را نمی توانست بخوبی دریافت کند و در مورد ضربه زدن نیز ناتوان بود. کلام او گواه این مطلب است که او «من کودکی» فعال داشت و این را زبان پرشورش نشان می دهد اما به خاطر قلب شکسته‌اش (به معنای دقیق کلمه) و به عنوان یك مرد ناکام در سال ۱۹۷۰ مرد. (استینر ۱۹۷۴).

موضوع بسیار ناراحت کننده این است، مردی که یك استاد کامل در مورد تحلیل حالات و تبادلات دیگران بود و در رهبری و هدایت افراد، از انتهای یك تونل تاریك،

1. Transactional Analysis(TA)
2. Eric Berne

به سوی نور و روشنایی کاملاً متخصص بود؛ خود به تنهایی به انتهای زندگی خود در تاریکی رسید.

تحول تاریخی

زمینه شخصی

اریك برن یا اریك لئونارد برنستین[1] در سال ۱۹۱۰ در مونترال کانادا به دنیا آمد. او به‌دنبال کارهای پدرش مدرك پزشکی (M.D) خود را در سال ۱۹۳۵ از دانشگاه مگ گیل[2] گرفت و وارد حیطهٔ روانپزشکی بیمارستان دانشگاه یل[3] شد. کمی بعد از آن به خاطر جریان ضدیهودی در آمریکا نسبت به اسم خود حساس شد و آن را به اریك برن کوتاه نمود و در همان زمان نیز تبعه آمریکا شد. در سال ۱۹۴۱ در مؤسسه روانکاوی نیویورك تدریس نمود و در همان زمان نیز تبعه آمریکا شد. در سال ۱۹۴۱ در مؤسسه روانکاوی نیویورك تدریس نمود و در سال ۱۹۴۳ به عنوان روانپزشك وارد ارتش شد. و تجربه خود را در مورد شیوه‌های درمان گروهی آغاز نمود. او در سال ۱۹۴۶ به خدمت خود از ارتش خاتمه داد؛ در «سان فرانسیسکو» مطب خصوصی خود را باز نمود و آغاز به کار کرد. او روانکاوی را در مؤسسه روانکاوی «سان فرانسیسکو» زیر نظر اریك اریکسون[4] آموزش دید. گرچه که بیست سال اول زندگی حرفه‌ای خود را در جستجوی دریافت گواهینامه رسمی به عنوان روانکاو سپری نمود اما هرگز این گواهینامه را بدست نیاورد. زمانی که تقاضای عضویت او در مؤسسه روانکاوی در سال ۱۹۵۶ رد شد، او دیگر از گرفتن مدرك منصرف گردید. استینر[5] (۱۹۷۴) معتقد بود آنچه که باعث شد تقاضای عضویت برن در مؤسسه روانکاوی رد شود، عقیده نادرست و غیرمعقول او (البته از نقطه نظر روانکاوی) در مورد روشهای گروهی و پافشاری او در خصوص درگیر شدن فعال با مراجعانش بود. در هر

1. Eric Leonard Bernstein
2. Mcgill
3. Yale
4. Eric Erikson
5. Steiner

صورت در این مرحله بود که برن عقاید خود را در مورد روان‌درمانی تدوین نمود. (السون ۱۹۷۹).

اولین بار که نظریه تحلیلی تبادلی ارائه و به عموم عرضه گردید در سال ۱۹۵۷ در یك کنفرانس حرفه‌ای در شهر لوس‌آنجلس بود. او در سال ۱۹۶۱ کتاب **تحلیل تبادلی در روان درمانی** را منتشر نمود و در آن فلسفه مفاهیم اصلی دیدگاه خود را ارائه داد.

کتابهای دیگر او نیز به دنبال این سخنرانی منتشر گردید.[1] مشارکت برن در نظریه تحلیلی تبادلی (TA) از نقطه نظر فلسفی و نظری بود. پیروان او مطالب دیگری را بدان اضافه کردند و بخش عملی آن را تصحیح نمودند. (والام و برن ۱۹۷۹).

زمینه نظری

گرچه که برن (۱۹۶۱) به کارگیری مفاهیم نظریه فروید را در نظریه خود و پیوند با روانکاوی را انکار کرد، با این حال نمی‌توان شباهتهای ساختاری بین این دو نظریه را امری تصادفی دانست (شاید ناهوشیار باشد نه تصادفی). برن معتقد است که تحلیل تبادلی مانند یك سیب و روانکاوی هسته سیب است. هالند (۱۹۷۳، صفحه ۳۵۴) برن (۱۹۶۱) اصرار داشت که والدین، بزرگسال و کودك هر سه حالتهای من (Ego) هستند. توضیح او در خصوص کارکرد هر یك از این سه حالت و تفاوت آنها با نهاد، خود و فراخود فروید مبهم و نامفهوم است.

برن عمیقاً تحت تأثیر آدلر بود. آنچه که بین این دو نظریه مشترك است یکی در مورد شیوهٔ زندگی آدلر و طرح زندگی برن است. شیوهٔ زندگی آدلر کلی تر است (هالند ۱۹۷۳) درحالی که طرح زندگی برن کمی معین‌تر و سازمان یافته‌تر است. «من خوب نیستم»[2] برن شبیه به احساس حقارت آدلر است شباهتهای دیگر بین **تحلیل تبادلی** (TA) و

1. The structure and dynamics of organization and groups (1963)
Games people play (1964)
Principles of group treatment (1966)
What do you say after you say hello?
(این کتاب در سال ۱۹۷۲ بعد از مرگ او منتشر شد.)

2. not ok

روان‌شناسی فردی در مورد دیدگاه اجتماعی است که ویژگی هریك از این دو نظریه می‌باشد و شباهت آنها در روشهای درمان است. در هر دو رویکرد درمانگر بیشتر یك معلم است تا یاریگر، و مراجع بیشتر دانش آموز است تا بیمار. (کورسینی ۱۹۷۷).

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

آیین ها(rituals) یعنی سعی در به سبك خاصی در آوردن و پیش‌بینی کردن انواع راههای مبادله که کمترین درگیری را با کمترین ریسك داشته باشد، مانند احترام گذاشتن و تبریك گفتن.

احساس راکت(rocket feeling) احساسی که نتیجه تخفیف و تنزل است.

اشتیاق به جایگاه(position hunger) نیاز فرد به اخذ تصمیمات اساسی در مورد زندگی که به طور دائم تأیید شده است (تصمیماتی در مورد «خوب بودن» فرد و دنیا).

اشتیاق سازماندهی(sturcture hunger) به نیاز افراد مربوط می‌شود. اینکه وقت خود را به گونه‌ای صرف کنند که تعداد ضربه‌های دریافتی را بیشتر کنند.

اشتیاق محرك(stimulus hunger) مربوط است به نیاز همگانی برای تحریك یا ضربه زدن (شناخت). طبق نظر برن (۱۹۶۴) ضربه زدن برای زندگی مفید است.

بازی(game) یك سری «تبادلات دو قسمتی» است که که به یك تغییر و نتیجه قابل پیش‌بینی تعریف شده منتهی می‌شود و می تواند «من خوب نیستم» و یا «جایگاه تنزل یافته» را توجیه کند.

تبادل(transaction) یعنی معاوضه کردن ضربه‌ها بین دو نفر که شامل یك محرك و یك پاسخ بین حالتهای خاص «من» است.

تبادل متناظر(transaction, crossed) وقتی صورت می گیرد که جهت‌ها موازی نیستند یا اینکه بیش از دو حالت من درگیر هستند.

تبادل مکمل(transaction, complementry) یا موازی، یعنی جهت‌های محرك و پاسخ موازی است بنابراین تنها دو حالت من درگیر است. هر کدام از طرف یك نفر.

تبادل نهان(transaction, ulterior) هم شامل پیامهای آشکار (اجتماعی) و هم پنهان روانشناختی است. آنها ممکن است زاویه‌ای و یا دو قسمتی باشند. **تبادل زاویه‌ای** شامل سه حالت من است و زمانی صورت می گیرد که پیام‌ها به طور همزمان از یك حالت منِ آغازگر، به دو حالت منِ پاسخ‌دهنده، فرستاده می‌شوند. **تبادل دو قسمتی** شامل چهار حالت من است، دو حالت در یك فرد. در جریان تبادل دو قسمتی دو مجموعه از تبادلات مکمل به طور همزمان واقع می‌شوند. یکی در سطح اجتماعی و دیگری در سطح روانی.

صمیمیت(intimacy) یك رابطه متقابل ساده و بدون بازی است که آزادانه و بدون بهره کشی دادوستد می‌شود.

تمبرها(stamps)، احساسات یا «ضربه‌هایی» است که جمع آوری شده‌اند تا بعضی از رفتارهای آینده را توجیه نمایند.

تخفیف(discounting) به معنی نادیده گرفتن یا تحریف بعضی از جنبه‌های مربوط به تجربیات درونی یابیرونی است؛ مثلاً فرد ممکن است وجود مشکل، اهمیت، احتمال تغییر مشکل و یا توانایی شخصی خود را کمتر از آنچه که هست بداند.

جایگاه زندگی(life position) به معنی اینکه، افراد در اوایل زندگی نیاز دارند که وضع وجایگاه خود را در رابطه با ارزش ذاتی و درونی خود و دیگران تجربه کنند. چهار نوع جایگاه یا وضعیت زندگی وجود دارد.

الف، من خوب هستم، تو خوب هستی.

ب. من خوب هستم، تو خوب نیستی.

ج. من خوب نیستم، تو خوب هستی.

د. من خوب نیستم، تو خوب نیستی.

حالت من(ego state) به معنی حالات ذهن و الگوی رفتاری وابسته به آن است آن گونه که در طبیعت وجود دارد.

حالت من بزرگسال(adult ego state)، بهترین شاخص و حالت من بزرگسال این است که به عنوان جذب کننده اطلاعات عمل می کند (چنانچه بزرگسال (A)، والدین (P) و کودك (C) با حروف بزرگ نوشته شود منظور حالتهای «من» است و اگر با حروف بزرگ

نوشته نشوند هر یك معرف یك فرد است.)

حالت من کودکی(child ego state) شامل کلیه احساسات و رفتارهای مختلفی است که در سالهای اولیه کودکی تجربه شده‌اند.

حالت من والدینی(parent ego state)، منظور از والدین مجموعه‌ای از افراد مهم هستند کسانی که به گونه‌ای ارتباط قوی با فرد دارند.

راکت(racket) یك فرایند درونی یا برونی است (معمولاً تبادلات مکمل) که بدان وسیله فرد محیط خود را تعبیر و تفسیر یا دستکاری می کند و «من خوب نیستم» یا تنزل مقام و جایگاه خود را توجیه می نماید.

وقت گذرانی یك مکالمه نیمه آیینی است که به وسیله آن مردم عقاید، افکار یا احساسات مربوط به مطالب بی‌ضرر که نیاز به عمل ندارد را با یکدیگر در میان می گذارند.

ضربه شرطی(stroke conditional)، ضربه‌های شرطی برای انجام کار به فرد ارائه و از آنها برای تأثیر بر رفتار استفاده می‌شود.

ضربه، ضربه واحد توجه است که موجب تحریك فرد می‌شود.

ضربه فیلتردار(filtered stroke) یعنی ضربه‌هایی که تحریف شده و یا حاوی اطلاعات نامربوط می‌باشند.

ضربه مثبت(positive, stroke) خوشایند است و حامل پیام «تو خوب هستی» می‌باشد و معمولاً دریافت کنندهٔ آن احساس خوبی به دست خواهد آورد.

ضربه‌های منفی(negative stroke) دردناك است و گاهی حامل پیام «تو خوب نیستی» می‌باشد و ممکن است احساسات ناخوشایندی را برای دریافت کنندهٔ آن به‌وجود بیاورد.

ضربه‌های غیرشرطی(unconditional, strokes) برای بودن به فرد داده می‌شود. آنها وابسته به شرایط هستند که به طور طبیعی واقع می‌شوند و نیاز به کوششی خاص ندارند.

طرح(script) یعنی یك نقشه زندگی شخصی که هر فردی آن را به وسیله تصمیماتی که در اوایل زندگی خود در واکنش به تعبیر و تفسیر اتفاقات مهمی که در زندگیش رخ داده می گیرد و آن را شکل می دهد.

فعالیت‌ها(activities)، کار یا رفتارهایی هدف‌مدار هستند. در فعالیت‌ها، فرد موقعیتی را به‌وجود می‌آورد که در آن انجام تکلیف سبب به‌وجود آمدن «ضربه‌های» موردنیاز می‌شود.

کودك انطباق یافته(adapted, child) به گونه‌ای شکل گرفته که با والدین خود ارتباط متقابل دارد و بنابراین کنترل ومهار شده است.

کودك، پروفسور کوچك(professor little, child) قسمتی از حالت من کودك است که استدلال بزرگسال بر آن استوار است و به عنوان پروفسور کوچك شناخته شده است.

کودك طبیعی(natural, child)، این بخش از حالت من کودك شامل کودکی جوان، تکانشی، آموزش ندیده و هیجانی است.

گوشه گیری(withdrawal) روشی است برای تنظیم وقت که بسیار محدود کننده بوده و پاداش کمی برای فرد دارد. افرادی که وقت خود را با گوشه گیری می گذرانند براساس ضربه‌هایی زندگی می کنند که آنها را از قبل دریافت کرده‌اند و یا دریافت آنها را در آینده خیالبافی می کنند.

مثلث نمایشی(drama triangle) کارپمن[1] یك تعامل سه‌بخشی است که در آن یك نفر آزاردهنده، دیگری نجات دهنده و سومی قربانی است.

محروم‌سازی(exclusion) یك مشکل مرزی است و زمانی به‌وجود می آید که به‌طور مؤثری جلو یك یا چند حالت من را سد کرده ومانع ازعمل آنها شوند.

ناخالصی(contamination) یکی از مشکلات مرزی بین دوحالت من است و زمانی روی می‌دهد که عقاید ونگرشهای متعصبانه یا غیرمنطقی والدین و یا احساسات کهنه و منسوخ کودك در تفکر منطقی و شیوه بزرگسال تداخل کرده باشد.

بازداشتن(injunction) نوعی رفتار منفی مربوط به والدین است که به کودکان فرمان می‌دهند تا آنچه را که والدین خواسته‌اند انجام دهند و معمولاً شامل پیامهای «نکن» والدین می‌باشند.

1. Karpman

والدین تربیت کننده(parent nurturing) از جمله افراد مراقب، نگران، بخشنده، اطمینان دهنده، آسانگیر، حمایت کننده و دلواپس می‌باشند.

والدین کنترل کننده(parent controlling) (والدین منتقد) از جمله افراد مستبد، قدرتمند، نیرومند، حمایت کننده، پایبند به اصول، مجازات کننده و درخواست کننده می‌باشند.

همزیستی(symbiosis) زمانی اتفاق می‌افتد که دو نفر یا تعداد بیشتری از افراد به گونه‌ای رفتار نمایند که گویی آنها یك شخص هستند.

ماهیت انسان

عقیده برن در مورد ماهیت انسان، از مطالب گذشته او سرچشمه می گیرد «انسانها شاهزاده به دنیا می آیند، سپس والدینشان آنها را می‌بوسند و تبدیل به قورباغه می کنند.» (استینر ۱۹۷۴، صفحه ۲) این مطلب اشاره به نظر خوش‌بینانه برن نسبت به انسان و نظر بدبینانه او نسبت به والدین دارد. ضمناً بیانگر این عقیده برن نیز می‌باشد که تجربیات اولیه فرد شدیداً بر رفتار کنونی او اثر دارند. علی‌رغم توجه بدبینانه برن نسبت به والدین، او معتقد بود که فرد مسئولیت نهایی برای اخذ تصمیمات اساسی زندگی خود را دارا می‌باشد.

برن نظر فروید را در مورد غریزه یا سائق قبول نداشت و معتقد به وجود نیازهای مختلف روانی یا «اشتیاق» بود. مهم‌ترین اشتیاقها عبارتند از «اشتیاق محرك»، «اشتیاق سازماندهی» و «اشتیاق جایگاه» است. برن ارضای این اشتیاقها را تا حدی برای بقای انسان لازم می‌داند و معتقد است که یادگیری‌های انسان برای بقا (ارضای این نیازها) بر تبادلات و ارتباطات اجتماعی و حتی بر دیدگاه اولیهٔ انسان از زندگی، اثر می گذارد. (السون ۱۹۷۹)

اشتیاق محرك طبق نظر برن، تصدیق کردن، تحریك کردن (ضربه زدن در زبان تحلیل تبادلی TA) تنها مطبوع و پسندیده نیست بلکه برای زندگی کردن نیز لازم و ضروری است. گرچه که ضربه‌ها خود بتدریج منشی را به‌وجود می آورند که این منش بیشتر نمادین است تا فیزیکی، اما نیاز به ضربه‌ها در طول زندگی همچنان وجود دارد. ضربه، واحد اصلی تعامل اجتماعی است و ممکن است مثبت باشد (مانند بغل کردن، لبخند زدن، بیان موافقت)، و یا منفی باشد (مانند سیلی زدن، اخم کردن، بیان مخالفت). نیاز به ضربه بسیار

زیاد است به‌طوری که اگر فردی محروم از ضربه مثبت باشد در جستجوی ضربه منفی خواهد بود. ضربه‌ها ممکن است شرطی و یا غیر شرطی باشند. مشروط در برابر آنچه که انجام می‌دهید مثلاً امروز تو قشنگ شدی» یا غیر مشروط نسبت به آنچه که هستی مثل («دوست دارم با تو باشم») هر یك از این ضربه‌ها ممکن است مثبت یا منفی باشند. خلاصه می‌توان گفت که ضربه‌ها از سطوح مختلف توانایی برخوردارند و گاهی بیشتر یا کمتر مثبت یا منفی می‌باشند. به عنوان مثال «سلام» ممکن است حامل یك ضربه مثبت باشد در حالی که «من ترا دوست دارم» حامل صد ضربه مثبت باشد «سلام» با لحنی بی تفاوت و بی‌علاقه، ممکن است یك ضربه منفی را باخود داشته باشد درحالی که کتك زدن شدید، ممکن است صد ضربه منفی را با خود همراه داشته باشد. (السون ۱۹۷۹، والام و براون ۱۹۷۹)

اشتیاق سازمان‌دهی (زمان) «بعد از سلام چه می گویی؟» (برن ۱۹۷۲) این سؤال یکی از روشهای برن است که با آن مشکل سازماندهی وقت را تشخیص می‌دهد، مثلاً می‌پرسد تو با بیست‌وچهار ساعت در روز چه می کنی؟ اشتیاق سازماندهی، همان اشتیاق محرك است که گسترش و توسعه یافته است و نشان می‌دهد که مردم چگونه ازوقت خود استفاده می کنند تا بتوانند تعداد بیشتری ضربه را دریافت دارند. زمان می تواند به شش صورت سازماندهی شود.

محدود کننده‌ترین و بدون پاداش ترین روش برای سازماندهی زمان، گوشه گیری است. کسانی که زمان را اینچنین سازماندهی می کنند اهل ریسك نیستند. مخصوصاً ریسك ارتباط برقرار کردن با افراد. آیین ها، امن‌ترین و بی‌خطر ترین شکل برای سازماندهی زمان است. زمانی که مردم آیین‌ها را رعایت می کنند، تبادلات اجتماعی آنها به‌گونه‌ای است، مثل اینکه دارند از روی چیزی می‌خوانند: «سلام، چطوری؟» «خوبم، تو چطوری؟» گرچه که آیین‌ها ضربه‌هایی را همراه خود دارند اما این ضربه‌ها آنقدر کم است که فردی که با آیین‌ها زندگی می کند مثل این است که دارد ضربه محرومیت و تنهایی را تجربه می‌نماید. زمانی که مردم بایکدیگر ارتباط متقابل دارند (نه اینکه بخواهند به هدفی برسند) و فقط «در مورد چیزی صحبت می کنند» به معنی این است که می‌خواهند وقت گذرانی کنند.

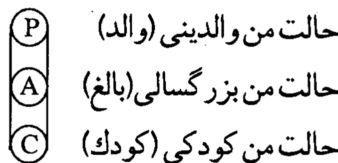
وقت گذرانی نسبت به آیین‌ها کمتر قابل پیش‌بینی است و فقط پاداش دهنده می‌باشد. وقت گذرانی‌های معمول شامل صحبت‌های بدون هدف است، مانند صحبت در مورد هوا، ورزش، بچه‌ها یا غذا. این گونه صحبت‌ها در صدد جابجایی ضربه‌ها هستند نه اینکه بخواهند در مورد موضوع خاصی صحبت کنند. فعالیت‌ها شامل هر نوع رفتار هدفدار است مانند رفتارهای مربوط به کار یا سرگرمی در بازی‌ها هیجان و نمایش جای امنیت و استفاده اندك از چهار گروه قبلی را می گیرد. بازی‌ها اساساً نادرست و همراه با تقلب هستند. زیرا اغلب انگیزه‌های پنهان دارند (که احتمالاً ناهوشیارند) نتیجه نهایی بازی جستجو برای پیدا کردن احساس منفی است مانند خشم، حسادت یا گناه. منظور ما از آنچه که گفته شد سازماندهی زمان است که عامل بازدارنده صمیمیت می‌باشد. صمیمیت ششمین روشی که برای سازماندهی وجود دارد هم بیشترین خطر و هم بیشترین پاداش را با خود همراه دارد. صمیمیت باعث می‌شود که احساسات، افکار و تجارب فرد دریك رابطهٔ باز، درست و مطمئن بیان گردند. مشخصهٔ صمیمیت مبادله مستقیم و خودبخودی ضربه‌ها در زمان حال است بدون اینکه انگیزه‌ای پنهان یا استثمار و یا اشکال مختلف سازماندهی زمان در آن دخالت داشته باشند.

اشتیاق جایگاه سومین نیاز یا سومین محرك مربوط است به نیاز فرد به تصمیم گیری‌های اساسی در زندگی که پیوسته مورد تأئید قرار گیرد. کودکان در حال رشد پیامهایی را از جانب بزرگسالان دریافت می کنند. «چه بچه بامزه‌ای هستی» یا «توپسر بدی هستی» در نتیجه آنها یاد می گیرند که خودشان را به عنوان «فردی که خوب است یا فردی که خوب نیست ارزیابی کنند و با این کار، ارزش درونی و ذاتی خود را برآورده کرده و تخمین می‌زنند. آنها زمانی که در مورد خود قضاوت می کنند نظمی را در دنیای گم گشته و اغلب آشفته خود به وجود می آورند. همچنانکه تماسهای اجتماعی آنها افزایش می‌یابد، قضاوت مشابهی را نیز در مورد دیگران می کنند. «تو خوب نیستی» یا «من خوب نیستم». این قضاوت در مورد خود و در مورد دیگران به هم آمیخته وجایگاه زندگی فرد را شکل می‌دهد. زمانی که جایگاه فرد انتخاب می‌شود فرد زمان و نوع ضربه‌هایی را که در جستجوی آن است سازماندهی کرده و آنها را بخوبی تعیین می کند. (السون ۱۹۷۹،

هریس ۱۹۶۹، والام و براون ۱۹۷۹)

ساختار شخصیت

برن (۱۹۶۱) مانند فروید شخصیت را به سه بخش تقسیم کرد. اما برخلاف تقسیم‌بندی فروید سه بخش شخصیت برن همه حالتهای «من» هستند. حالت من والدین (P) شامل نگرشها، افکار، احساسات و رفتارهاست که فرد از والدین و یا کسانی که تجسمی از والدین هستند جذب می کند. حالت من بزرگسال (A) داده‌پرداز است و مانند کامپیوتر اطلاعات را سازماندهی می کند، احتمالات را تخمین می‌زند و قیاسهای منطقی می کند. حالت من کودک(C) شامل احساسات، افکار و رفتارهاست که مختص کودکان و بزرگسالان خود انگیخته است. آنچه در بالا ذکر شد به عنوان تحلیل از نوع اول است. (والام و براون ۱۹۷۹)



شکل ۱ـ۴: سه حالت «من» فرد، (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۹)

تحلیل نوع دوم هم شامل جنبه‌های ساختی و هم شامل کارکرد هر یك از حالتهای من است. تحلیل ساختی به هریك از حالتهای من از دید تاریخ رشد و توسعه و همچنین ظرفیت ذاتی آن برای ابراز خود توجه می کند. تحلیل کارکردی، معرف این است که هر فرد چگونه از حالتهای من خود در رابطه با خود و دیگران استفاده می کند.

تحلیل ساختی حالت من کودك کارکرد و واکنش‌های جسم یا بدن برای نوزاد تازه به دنیا آمده اهمیت برجسته‌ای دارد، بنابراین به علت الگوی رفتاری و احساسات مرتبط به بدن، ممکن است کودك را کودك جسمانی[1] بنامیم. این بخش از من کودك از نیازها، خواسته‌ها و احساسات مربوط به بدن سرچشمه می گیرد و در طول مدت زندگی به عنوان محرك اصلی عمل می کند و دارای خاطراتی از گذشته است. به این خاطرات در اصطلاح

1. somatic child

تحلیل تبادلی (TA) معمولاً نوار[1] گفته می‌شود زیرا که می‌تواند در هر زمانی «به عقب نیز برگردد» بخش تفکر حالت من کودکی پروفسور کوچك[2] نامیده می‌شود. زیرا که این نوع تفکر به نوزادی که لب به سخن نگشوده اجازه می‌دهد که چگونگی احساسات دیگران را ادراك نماید و با مردم کنار بیاید پروفسور کوچك، در طول زندگی فرد قابل دسترسی است گاهی کودك جسمانی، از واکنش منفی والدین نسبت به اظهار وجود خودانگیخته ناراحت می‌شود. درپاسخ به این احساسات پروفسور کوچك ممکن است درصدد کشف این مطلب باشد که کدام احساس یا کدام رفتار مورد تأیید والدین می‌باشند این رفتارهای مورد تأیید یکپارچه شده و به صورت عملی جریان می‌یابد و آن را والدین در کودك[3] می‌نامند زیرا که دارای بسیاری از ویژگی‌های والدین می‌باشند. (والام و براون ۱۹۷۹)

تحلیل کارکردی حالت من کودك کارکردهای من کودك اصولاً به دو صورت اصلی واضح و روشن است یعنی کودك آزاد یا طبیعی[4] و کودك انطباق یافته[5] کودك انطباق یافته، به گونه‌ای رفتار می کند که گویی والدین او را تحت نظر دارند و بنابراین بیش از کودك آزاد مهار شده است. هم کودك آزاد و هم کودك انطباق یافته ممکن است به صورت خلاق یا از طریق یك نوار کهنه[6] و قدیمی واکنش نمایند. وجه تمایز رفتار خلاق و غیرخلاق آن است که آیا رفتار کودك برای انطباق با دیگران است یا خیر؟ (والام و براون ۱۹۷۹)

تحلیل ساختی حالت من بزرگسال من بزرگسال اطلاعات را از منابع داخلی و خارجی جمع آوری، نگهداری و استفاده می کند و ضبط آنها اساساً واقعی است. این اطلاعات برای قضاوت واقعی و تخمین احتمالات مورد استفاده قرار می گیرد. معمولاً به من بزرگسال کامپیوتر گفته می‌شود زیرا که او داده‌ها را حساب کرده و به طور منطقی آنها را بدون هیچ احساسی می‌سنجد. من بزرگسال باید از طریق اطلاعات دقیق برنامه‌نویسی

---

1. tapes
2. little professor
3. parent in the child
4. free or natural child
5. adapted child
6. old tape

شود تا بتواند به طور مؤثر عمل نماید.

تحلیل کارکردی حالت من بزرگسال نظر به اینکه من بزرگسال مانند یك کامپیوتر احتمالات را تخمین می‌زند به نظر نمی‌رسد که کاملاً مستقل عمل نماید و تقریباً برمبنای درخواست یکی از حالتهای من کار می کند. بنابراین من بزرگسال نمی تواند کنترل اجتماعی داشته باشد (یعنی تصمیم گیری در مورد رفتار و انجام آن تصمیم) مگر آنکه منِ کودك نیز همکاری نماید.

تحلیل ساختی حالت من والدین «من والدین مجموعه‌ای از نوارهای افراد مهم هستند یعنی کسانی که روابط محکم و قوی با فرد دارند». (والام و براون ۱۹۷۹) والدین معمولاً بسیار مهم‌اند. بعد از آنها خواهران و برادران بزرگتر هستند بعد پدر بزرگ و مادربزرگ، جانشین پدر یا مادر، آموزگاران، رهبران مذهبی و غیره دارای اهمیت می‌باشند. من والدین می تواند اطلاعات جدید را در هرسنی جذب و درون‌سازی کند اما به هر حال این من کودك است که تصمیم می گیرد چه چیز را «ضبط» نماید. این تصمیم کودك براساس سه ملاك اتخاذ می گردد:

الف. آسیب‌پذیری خود کودك.

ب. قدرت والدین.

ج. توانایی قبول والدین. (والام و براون ۱۹۷۹)

تحلیل کارکردی حالت من والدین یکی از مهم‌ترین کارهایی که والدین درمورد کودکان خود انجام می‌دهند این است که به آنها می آموزند که چگونه دنیا را ادراك کرده و در آن زندگی نمایند. از این رو حالت من والدین انباشته از عقاید، قضاوت‌ها ارزشها و نگرشهاست (والام و براون ۱۹۷۹) من والدین دو نقش را برعهده می گیرند: یکی من والدین تربیت کننده و دیگری من والدین کنترل کننده یا متعصب یا منتقد.

محاسن و معایب حالت من هریك از حالات من دارای هر دو جنبه مثبت و منفی است. من کودك از طریق انرژی، خودانگیختگی، لذت و اظهاراتش مشخص می‌شود من کودك احساسات خوشایند و خوب خودرا آشکار و صمیمیت، و عشق را تجربه می کند. من کودك همچنین غم و ترس را تجربه و اغلب احساس کوچکی و ضعیف بودن می کند.

حتی نیاز کنونی من کودک برای امنیت و دریافت «ضربه‌ها» اغلب منجر به انطباقها و تصمیم گیری‌های اشتباه می گردد. من بزرگسال در مورد عقاید پیچیده و بغرنج فکر می کند، آنها را تحلیل می کند و می‌فهمد. اساسی ترین فعالیت من بزرگسال این است که به من کودک کمك نماید تا نیازها و خواست‌های خود را مرتفع نماید از طرف دیگر من بزرگسال نسبتاً ضعیف است و نمی تواند مستقیماً از گنجینه اطلاعات خود برای تأثیرگذاری بررفتار و اعمال استفاده نماید. من والدین شامل نوارهای مفید در مورد چگونگی کار کردن و مواظبت کردن از کودکان و همچنین افراد دیگر است و اولین هدفش این است که از کودك حمایت و حفاظت نماید. متأسفانه نوار والدین ممکن است شامل اطلاعاتی نامناسب، کهنه و یا گاهی مضر نیز باشد که این اطلاعات به من کودك داده می‌شود. (والام و براون ۱۹۷۹)

رشد شخصیت

نتیجه کارکرد شیوه‌های والدین برای پرورش کودك، رشد شخصیت است. شیوه‌های سالم والدین موجب می‌شود که کودك از خود و دیگران تصویر مثبتی داشته باشد. (من خوب هستم، تو خوب هستی) شیوه‌های منفی کودك را در جهت مخالف سوق می‌دهد. (من خوب هستم، تو خوب نیستی) نگرش همه کودکان در ابتدای زندگیشان براساس اعتماد است (من خوب هستم، تو خوب هستی). مهم‌ترین مهارت والدین این است که به کودکان خود کمك کنند تا این جایگاه را همچنان حفظ نمایند.

اگر والدین خودیابی[1] و ابراز وجود را در کودکان تشویق نمایند، پیامهای ضبط شده در طول دوران نوزادی شامل تجربه‌های عاطفی و هیجانی نیز خواهند بود. آنوقت این نوارها در دوران نوجوانی و جوانی دوباره پخش می‌شوند بدون اینکه به استقلال و خودمختاری فرد آسیبی برسانند. در طول این مدت حالت من والدین فرد نیز رشد می‌یابد. والدین سالم که براساس من والدین تربیت کننده خود عمل می کنند خودانگیختگی مناسب و استقلال و خودمختاری را در کودکان خود تشویق می کنند و بنابراین راه را برای رشد

1. self - discovery

حالت من والدین تربیت کننده، در فرزندانشان باز می کنند. حالت من بزرگسال در اوایل نوجوانی به حداکثر رشد خود می‌رسد. والدین هیچ نوع تحمیل و فشاری به نوجوانان خود وارد نمی کنند. نوجوان آزاد است تا جایگاه خوب بودن را حفظ نماید آنوقت رشد شخصیت هنجار از طریق ابقای من خوب هستم، تو خوب هستی، طرح بازی آزاد، قابلیت نفوذ کافی در میان حالتهای من مشخص می‌شود. بنابراین فرد می تواند از هر کدام در زمان مناسب استفاده کند.

رشد رفتار ناسازگار

آنچه که ممکن است اختلالات هیجانی نامیده شود، حقیقتاً همان رفتارهای آموخته شده براساس تصمیم‌هایی است که در دوران اولیه زندگی گرفته شده است. آنها مشخص کننده اعتراض کودك به مصالحه بین نیازهای خود و خواست‌های والدین است. استینر (۱۹۷۴) الگوی ضعیف والدین را که منجر به رفتار ناسازگار در کودکان می گردد وجه مشخصه فرهنگ آمریکایی می‌داند. او پرورش کودك را يك نوع «آموزش اولیه و پایه» می‌نامد. زیرا که شبیه به تجربه سخت و خشن کسی است که وارد خدمت نظام شده است. والدین به کودکان خود در مورد نکات اولیه چگونگی کنار آمدن با زندگی آموزش می دهند. آنها این کار را از طریق یورش و حمله به استعدادها و توانایی‌های کودك برای تقلید، آگاهی و خودانگیختگی انجام می‌دهند. این همان فرایند انتقال از شاهزاده به قورباغه است.

ابزار مبارزهٔ والدین در طول این آموزش اولیه یا پایه شامل ضربه‌های شرطی و منفی، تخفیف و بازداشتن است. زمانی که کودکان فقط ضربه‌های شرطی را دریافت می دارند (من لحن صدای تو را دوست ندارم) سعی می کنند تا خود را با شرایط موجود منطبق نمایند پس جستجو و بیان آزاد آنها محدود می‌شود. بعبارتی آنها را مجبور می کند که از خواست‌های والدین خود پیروی نمایند. اثر این کار از بین رفتن جایگاه «من خوب هستم» و ظهور جایگاه «من خوب نیستم» است. ضربه‌های منفی بر روی تصمیم گیری های اولیه کودك نیز اثر زیان آوری دارد. اگر کودك ضربه‌های منفی ابتدایی را دریافت دارد ممکن است نتیجه بگیرد که این نوع ضربه‌ها تنها نوع ممکن و در دسترس است و بنابر این جایگاه «من خوب نیستم» و طرح زندگی خود را انتخاب می کند. که ادامه ضربه‌ها را نیز تضمین می نماید. (السون ۱۹۷۹)

هم ضربه زدنهای شرطی و هم منفی، هر دو مضر هستند و به رشد سالم کودك آسیب زیادی وارد می آورند. اینها همان تخفیف دادن‌های والدین هستند. (به عنوان مثال نادیده گرفتن نیازهای کودك برای دریافت ضربه‌ها) تخفیف دادنهای شدید چهار حالت دارد که هر حالتی نیز احتمالاً سه ناحیه دارد. ناحیه خود، دیگران و موقعیت. (والام و براون ۱۹۷۹)

۱. *تخفیف وجود مشکل. (نوزاد گریه می کند و والدین می روند که بخوابند.) این یك نوع تخفیف وجود مشکل و بیش از همه آسیب شناختی است. از آنجا که در سر راه آگاهی یافتن از محرکی که از جانب نوزاد به وجود آمده است مانع ایجاد گردیده است، دیگر نمی توان مشکل را تعریف و یا آنرا حل کرد.*

۲. *تخفیف اهمیت مشکل (نوزاد گریه می کند و والدین می گویند که این بچه همیشه در این وقت از روز، نق می زند.) تصدیق می شود که کودك و گریه وجود دارد اما موقعیت تخفیف یافته است. از آنجاکه مشکل با اهمیت تلقی نمی گردد، والدین انرژی خود را صرف آن نمی کنند.*

۳. *تخفیف احتمال تغییر مشکل (نوزاد گریه می کند و والدین ادعا می کنند که هیچ راهی برای ارضای کودك وجود ندارد) والدین از مشکل آگاهی دارند. تصدیق می کنند که مشکل مهم است اما معتقدند که هیچ‌راه حلی وجود ندارد. آنها به دنبال شقوق مختلف برای رفتار با کودك نیستند و بنابراین مشکل کودك را تخفیف داده و از آنچه که هست کمتر می دانند.*

۴. *تخفیف توانایی‌های شخصی (نوزاد گریه می کند، والدین می دانند که مشکلی وجود دارد که می تواند حل شود و دیگران می توانند آن را حل کنند؛ اما خودشان را برای این کار ناتوان می بینند.) در این مثال، مثل این است که والدین خود را کمتر از آنچه که هستند می دانند و از فرد دیگری برای حل مشکل کمك می گیرند.*

نوع دیگر رفتار مخرب والدین، استفاده از باز داشتن‌هاست. بازداشتن‌ها در واقع همان پیام «نفی» است که مستقیم و رك هستند (حتی پیامهای ضروری) مثلاً «به عنکبوت دست نزن» و یا ممکن است این پیامهای نفی دوگانه مبهم باشند مثلاً «بزرگ شو».

بازداشتن‌ها اغلب خشن و غیرمنطقی همراه با تنبیه جسمانی و ترس می‌باشند.

ضربه‌های شرطی و منفی، تخفیف و بازداشتن‌ها از جانب والدین موجب تشکیل درون داد محیطی می‌شود و کودکان را مجبور می کند که اصل خود را رها کنند یعنی جایگاه «من خوب هستم، تو خوب هستی» را رها و بجای آن یکی از جایگاههای ناسازگار را جایگزین نمایند. زمانی که از کودکان غفلت می‌شود و یا بشدت مورد بهره کشی قرار می گیرند به سوی جایگاه «من خوب هستم، تو خوب نیستی» گرایش می‌یابند. این جایگاه در واقع دفاع در مقابل احساس خطر ناشی از خوب نبودن است. این جایگاه یك جایگاه پارانوید نامیده می شود زیرا کسانی که در آن جایگاه هستند بشدت نسبت به دیگران بی اعتماد می باشند.

جایگاه افسرده ساز «من خوب نیستم، تو خوب هستی» در جامعه ما (آمریکا) بسیار شایع و رایج است. زمانی که نیازهای کودکان برآورده نمی‌شود اغلب تصمیم می گیرند و فکر می کنند که این موضوع تقصیر خود آنهاست و به خود می گویند که «من کهتر، بی کفایت، زشت و . . . هستم» انسانها در چنین جایگاهی افسردگی، ترس، گناه و بی اعتمادی نسبت به دیگران را تجربه می کنند.

سرانجام افراد در جایگاه «من خوب نیستم، تو خوب نیستی» تصمیم می گیرند و به این نتیجه می‌رسند که «هیچ کس خوب نیست» که جایگاهی پوچ و بی‌فایده است. زیرا زندانها، بیمارستانهای روانی و قبرستانها پر از کسانی است که در این جایگاه قرار دارند (والام و براون ۱۹۷۹)

قبول هریك از این سه جایگاه فرد را به سوی استراتژی سازماندهی زمان برای بازی هدایت می کند. گرچه نیاز به بازی‌ها به وسیله اتخاذ جایگاه ناسالم زندگی به وجود می آید، بازی‌های خاصی را که فرد بازی می کند به وسیله والدین آموزش داده می‌شود. کودك یاد می گیرد که تنها تبادلات خاصی موجب تجمع ضربه‌ها می‌شوند و به احساساتی که مورد قبول والدین هستند اجازه بیان می‌دهد. در طول زمان این تبادلات ساده به صورت مهارتهای پیچیده‌تر و ماهرانه‌تری که بازی‌ها از آن درست می‌شود، توسعه و گسترش می‌یابد که اغلب ریشه در کوششهای قدیمی کودك ـ والدین دارند. مانند آداب غذا خوردن و توالت رفتن که در آنها هر دو طرف سعی دارند که دست بالا را بگیرند. بسته به این است که این

تبادلات چگونه مرتفع گردند و حل شوند، کودك ممکن است بیاموزد که به گونه‌ای بازی کند که او را به سوی احساس درماندگی، عصبانیت و بی‌اعتمادی هدایت نماید. بتدریج این بازی در آوردنها، بخش عادی و معمول زندگی او می‌شوند و بعدها به این کار، عنوان راکت می‌دهند. اساساً این بازی‌ها برای پیشرفت و رشد طرح زندگی، طراحی می‌شوند تا جایگاه زندگی هر دو شرکت کننده را در بازی تأیید نمایند. در پایان، هم کودك و هم والدین برای ادامه بازی خود را به خطر انداخته‌اند.

شیوه‌های منفی والدینی در مشکلات مرزی حالات من مانند **ناخالصی** و **محروم سازی** دخالت دارند.

ناخالصی زمانی ایجاد می‌شود که مرزهای حالت من بشکنند. بنابراین حالت من بزرگسال به وسیله حالت من کودك ناخالص می‌شود. ناخالصی من والدین زمانی به وجود می‌آید که فرد اطلاعات و تعصبات و شعارهای والدین را درست نفهمد و اشتباه کند. («زنها در رانندگی ضعیف هستند.») ناخالصی من کودك زمانی به وقوع می‌پیوندد که تجارب قدیمی را به غلط به عنوان واقعیت شایع و رایج بداند («عنکبوت ترسناك است.») ناخالصی مضاعف زمانی رخ می‌دهد که من بزرگسال به وسیله اعتقادات من والدین و تجارب من کودك به طور همزمان ناخالص می‌گردد. (والدین: «همه مردم شیطان هستند.» کودك: «احساس شیطان بودن می‌کنم.» بزرگسال: «من شیطان هستم.») که احتمالاً رایج ترین نوع ناخالصی است.

محروم سازی زمانی صورت می‌گیرد که یك یا دو حالت من بر رفتار فرد در طول زمان مسلط شود. وقتی که تنها یك حالت من بر رفتار مسلط می‌شود آن حالت من را «ثابت»[1] می‌گویند. مثلاً حالت من والدین ثابت، ممکن است واعظ یا مستبد باشد. حالت من بزرگسال ثابت، به نظر می‌رسد که بی‌احساس باشد و حالت من کودك ثابت، فقط می‌خواهد که بازی کند و دیگران را مشغول نماید. از طرف دیگر بعضی از مردم تنها دو حالت من را به کار می‌برند و سومی را کنار می‌گذارند یا محروم می‌کنند. محروم سازی مطلق نیست و

1. constant

درجه محروم‌سازی از زمانی به‌زمان دیگر فرق می کند.

براساس تصمیم زندگی در مورد جایگاه، مشکلات شخصیت که مربوط به کارکردهای حالتهای من هستند محصول کیفیت و کمیت ضربه زدن و بازداشتن‌های والدین هستند علی‌رغم نفوذ قوی والدین بر کودکانشان، این کودکان هستند که تصمیم خود را براساس نگرشها، رفتارها و بازداشتن‌های واقعی یا خیالی والدین خود می گیرند. (السون ۱۹۷۹، والام و براون ۱۹۷۹)

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

مراجع آنچه را که قبلاً تصمیم گرفته ممکن است مورد تجدیدنظر قرار دهد، اما چه چیزی ممکن است او را برای تغییر به قبول ریسك رهنمون سازد. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۱۷۱) انگیزش و ایمنی عوامل اصلی و مهم تغییر هستند. انگیزش ریشه در سه منبع دارد:

اول. نارضایتی از رفتار، افکار و احساسات کنونی.

دوم. آرزوی رفتار، فکر و احساس متفاوت.

سوم. تلاش و جستجو برای ضربه‌ها.

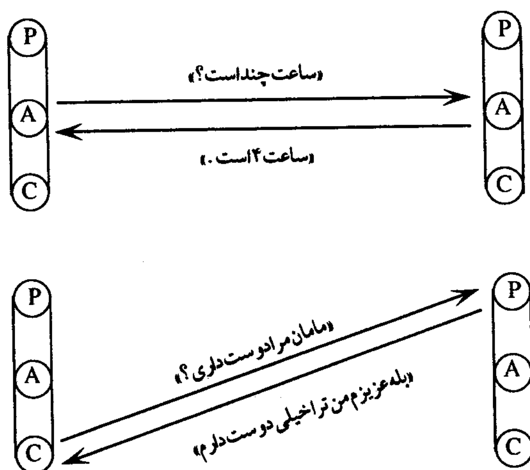
حس ایمنی به‌وسیله آگاهی از قدرت شخص، توانایی مقابله با استرس، قابلیت تفکر عاقلانه‌و دسترسی به اطلاعات مورد نیاز و حدود اختیارات به‌وجود می آید. هریس (۱۹۶۹) به سه نوع احتمال دیگر اشاره می کند ۱) آزار و صدمه کافی، ۲) بیزاری و ۳) تشخیص ناگهانی که تغییر را ممکن می‌سازد.

فرایند مشاوره

مرحله ۱ : **تحلیل ساختی** مرحله‌نخستین کاملاً آموزشی است. به‌مراجعان آموخته‌می‌شود که‌حالات‌من‌خودرا اشناسایی کرده‌و از محتویات‌و کارکردهای آن‌مطلع شوند‌این‌مطالب همچنین در قالب مفاهیم آموخته‌می‌شوندو مراجعان تشویق می گردند تا ادبیات مربوط را مطالعه‌و در کارگاه‌و کلاسهای TA شرکت کنند. در طول جلسه مشاوره،

مشاور اغلب از شیوه‌های دیداری، شنیداری برای تسهیل یادگیری مراجع استفاده می کند. برای رهایی مراجعان از سلطه مقررات و بازداشتن‌های والدین مشاور به مراجع اجازه می دهد تا حالتهای من را بیان نموده و اظهار نماید. این کار را می توان از طریق اقتباس تکنیک‌های دیگر رویکردها نیز تسهیل نمود مانند تکنیک صندلی خالی گشتالت. (السون ۱۹۷۹)

مرحله ۲: تحلیل تبادلی مرحله دوم تقریباً مانند مرحله اول آموزشی نیست اما محور و اساس بینش است. وظیفه اصلی مشاور تعلیم دادن مراجعان از انواع فرمهای تبادلی



شکل ۲ـ۴. تبادلات مکمل. (والام و براون ۱۹۷۹)

و کمک به آنها برای درک تبادلات خودشان با دیگران است. (السون ۱۹۷۹) سه نوع تبادل وجود دارد: تبادل مکمل[1] تبادل متناظر[2] و تبادل نهان[3].

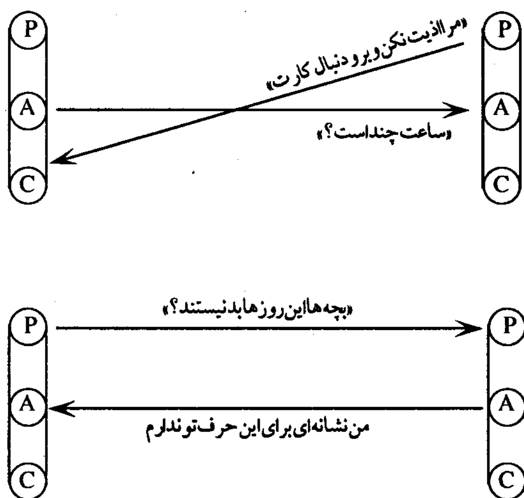
تبادلات مکمل می توانند بین هر یک از حالات من، اتفاق بیفتند اما این تبادلات باید همیشه دو ملاک را در نظر داشته باشند: یکی اینکه پاسخ باید از همان حالت منی بیاید که انگیزش به سوی آن معطوف شده و پاسخ باید متقابلاً معطوف به همان حالت من شود که

1. complementary
2. crossed
3. utlerior

تبادل را آغاز کرده. اولین قانون ارتباطات این است، زمانی که تبادلات به صورت مکمل هستند ارتباطات به صورت نامحدود ادامه یابند. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۶۶)

تبادلات متناظر زمانی روی می‌دهد که یك یا دو ملاك تبادلات مکمل از بین رفته و نقض شده باشد. هر نوع توقف در ارتباطات (آه کشیدن، آب دهان قورت دادن، مِن‌مِن کردن) ممکن است نشان‌دهنده تبادلات متناظر باشند. همه تبادلات متناظر ظریف و لطیف نیستند در واقع بعضی از آنها کاملاً خشن می‌باشند. قانون دوم ارتباطات این است که وقتی تبادل از نوع متناظر است توقف. . . . در ارتباطات به‌وجود می‌آید و شاید هم با مطلبی متفاوت ارتباط ادامه یابد. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۶۶)

تبادلات نهان، دو پیام دارند (یکی اجتماعی و دیگری روانشناختی) و دو نوع حالت من دارند چه در مورد آغاز کننده و چه پاسخ دهنده و یا هر دو آنها یکی از دو فرم را انتخاب می‌کنند. (زاویه‌ای[1] و دوقسمتی[2]). تبادل زاویه‌ای زمانی صورت می‌گیرد که فرستنده پیام



شکل ۳ـ۴. تبادلات متناظر. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۶۷)

1. angular
2. duplex

متفاوتی را در پاسخ به هر یك از دو حالت من می‌فرستند. تبادلات دو قسمتی مشمول هر دو حالت من یعنی فرستنده و گیرنده است. در هر دو مورد یك نوع بازی مخفی و پنهان در جریان است در مورد تبادلات زاویه‌ای تنها فرستنده پیام از بازی آگاه است. اما در مورد تبادلات دو قسمتی هم فرستنده و هم گیرنده از پیام مخفی آگاه هستند. سومین قانون ارتباطات می گوید: نتیجهٔ تبادلات در سطح روانشناختی بهتر مشخص می‌شود تا در سطح اجتماعی. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۷۱)

مرحله ۳: تحلیل بازی زمانی که افراد در دو سطح به صورت همزمان ارتباط برقرار می کنند و نتیجه این تبادلات نیز راکتها باشند، آنوقت می توان گفت که این افراد دارند «بازی» می کنند. بازیکن یکی از سه جایگاه از مثلث نمایشی کارپمن را انتخاب می کند: آزار دهنده[1]، نجات دهنده[2] و قربانی[3]. والام و براون به پنج روش متفاوت برای درك پویایی بازی‌ها اشاره می کنند. (۱۹۷۹، صفحه ۱۲۶):

۱. *تحلیل رسمی بازی-تحلیل «فواید» مختلف یك بازی.*

۲. *مثلث نمایشی-تمرکز کردن بر راکت و جایگاههای بازی.*

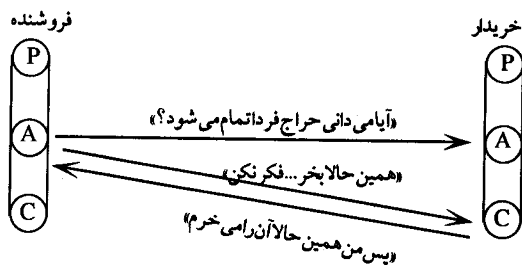
۳. *نمودار بازی تبادلی-تشخیص حالتهای من شامل تأکید بر سطح روانشناختی ارتباطات.*

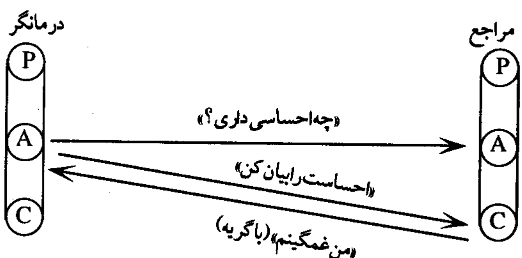
۴. *نمودار همزیستی-تمرکز بر روی شناسایی حالت من غالب هر بازیکن.*

۵. *فرمول G- جریان بازی را تشریح می کند یعنی طرح ریزی مراحل مختلف بعد از شروع بازی.*

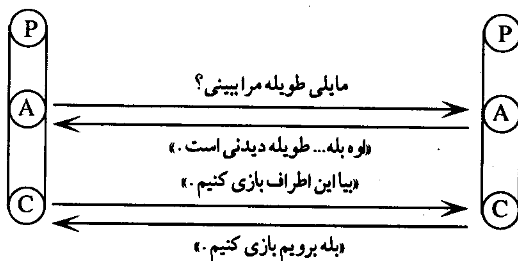
مرحله ۴: تحلیل طرح تحلیل طرح شامل کاوش در مورد جزئیات تصمیماتی که مراجع درباره جایگاه زندگی خود می گیرد. اگر چه این تصمیمات در کودکی اتخاذ می‌شوند. اما می توانند از طرق مختلف به آنها پی ببریم مانند فهرست طرح[4] (برن ۱۹۷۲)، تحلیل افسانه‌ها (کارپمن ۱۹۶۸)، نگارش شرح زندگی

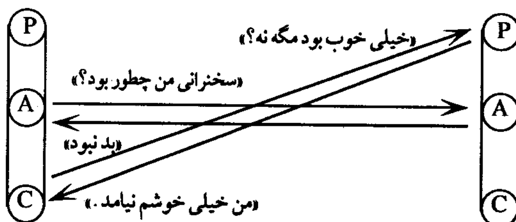
1. persecutor
2. victim
3. rescuer
4. script checklist





شکل ۴ـ۴. تبادلات زاویه‌ای. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۷۰)





شکل ۵ـ۴. تبادلات دوقسمتی. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۷۱)

به‌وسیله خود فرد (جیمز و جانگوارد ۱۹۷۱) مراجعان از طریق تحلیل، قادر خواهند بود تاجایگاه زندگی خود را درك کنند و تصمیم‌های جدیدی در رابطه با تنظیم طرحهای زندگی خود اتخاذ نمایند تصمیمات جدید، براساس درك جدید است که باعث می‌شود آنها دیگر نیازی به بازی‌ها و دیگر رفتارهای برعلیه خود نداشته باشند. این تصمیمات جدید فرد را به سوی خودمختاری، خودانگیختگی و صمیمیت هدایت می کند.

اهداف مشاوره

اهداف مشاوره در زبان ویژه تحلیل تبادلی (TA) بیان شده است. مانند «طلاق گرفتن دوستانه از والدین فرد» (برن ۱۹۶۴). «بازندگان را برنده کردن» (جیمز و جانگوارد ۱۹۷۱). «قورباغه را به شاهزاده تبدیل کردن» (برن ۱۹۷۲). این اصطلاحات غیرمستقیم در جهت و براساس اهداف جهانی TA است یعنی کمك به مراجعان برای دستیابی به خودمختاری (برن ۱۹۶۴) به عقیده TA خودمختاری از طریق آگاهی (درك، واقع گرایانه از جهان) خودانگیختگی (توانایی بیان احساسات به شیوه بازی آزاد بدون قید و بند) و صمیمیت (استعداد عشق ورزیدن و نزدیك شدن به دیگران) مشخص می‌شود. (السون ۱۹۷۹، صفحه ۲۸۶)

آموزش مشاور

انجمن بین‌المللی تحلیل تبادلی (ITAA) دارای سه نوع عضویت است تحت عنوان: «عضویت علاقه‌مندان» که در آن هیچ کار بالینی وجود ندارد. عضویت نوع دوم شامل سه بخش فرعی است که با عضویت بالینی آغاز می‌شود که تقریباً معادل درجه کارشناسی ارشد است. برای آنکه فرد عضو بالینی این انجمن شود باید:

الف. عضو اتحادیه باشد.

ب. برنامه آموزشی را که کمتر از یك سال نباشد گذرانده باشد که این برنامه شامل پنجاه ساعت آموزش پیشرفته TA، پنجاه ساعت نظارت مستقیم بر خدمات بالینی، صدو پنجاه ساعت انجام کار بالینی و شرکت در سمینارهای مختلف تحلیل تبادلی.

ج. حق عضویت را پرداخت کند.

نوع سوم، عضویت مدرس بالینی است. برای گرفتن گواهی به عنوان یك مدرس داوطلب باید:

الف. عضو بالینی باشد.

ب. برنامه آموزشی (که کمتر از دو سال نباشد) را با همکاری سه عضو تعلیم دهنده دیگر به عهده گرفته باشد.

ج. دارای درجه کارشناسی ارشد در یکی از تخصص‌های درمانی، یا شش سال تجربه تمام وقت در این زمینه باشد.

د. حق عضویت و مخارج را بپردازد.

کارکرد مشاور

از آنجا که هدف اصلی مشاور تحلیل تبادلی خودمختاری مراجع است که تنها با تعریف کردن اصطلاح نمی‌توان بدان دست یافت. بلکه وظیفه اصلی مشاورِ تحلیل تبادلی، این است که به مراجعان آموزش مهارتهایی را می‌دهد که آنها را به سوی خودمختاری هدایت می‌کند. این مهارتها شامل تحلیل ساختاری، تحلیل تبادلی، تحلیل بازی و تحلیل طرح می‌باشند. که همه این مهارتها، درون دادِ مورد نیاز را برای تصمیم گیری‌های جدید، به مراجع می‌دهد.

تمرین مشاوره

تکنیک‌های عمده

در تحلیل تبادلی تنها روش مهم نیست بلکه قرارداد یکی از مهم ترین عوامل می‌باشد. «قرارداد، یك توافق بین مشاور و مراجع است که اهداف، مراحل و شرایط درمان را مشخص می کند.» (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۲۲۱) مراجعان از طریق یك سری قراردادهاست که کار می کنند. این قراردادها اهداف مرتبط یا اهدافی را که بآسانی قابل حصول می‌باشند، را طراحی کرده و به مراجع اطمینان می‌دهد. در درمان پیچیده‌تر، قرارداد براساس یادگیری‌های خود مراجع تنظیم می‌شود.

برن در سال ۱۹۶۶ تکنیك‌ها یا روشهای درمانی را در هشت طبقه گنجانده است.

چهار نوع اول مداخلات[1] ساده هستند و چهار تای بعد را، برن «وساطت»[2] می‌نامد زیرا که این چهار تای دوم سعی دارند تا من بزرگسال را متعادل نگه دارند. این کار از طریق قرار دادن چیزی بین حالت من بزرگسال و من والدین یا من کودک صورت می گیرد. (پاترسون ۱۹۸۰، صفحات ۴۱۰ـ۴۰۸)

از طریق پرس و جو کردن[3] درمانگر به اطلاعات مرتبط دست می‌یابد. البته موضوع مهم این است که درمانگر نباید زیاد پرس و جو کند زیرا که این کار می‌تواند باعث شود که مراجع بازی «تاریخ روانپزشکی» را تکرار نماید.

مشخص کردن[4]: درمانگر کوشش می کند تا از طریق ذکر مشخصات به مراجع کمك نماید تا در خصوص گفته‌های خود احساس مسئولیت کند. درمانگر افکاری را که مراجع در ارتباطات خود بیان داشته است، تکرار می کند.

درمانگر، مواجهه کردن[5] را زمانی به کار می‌برد که لازم است به ناهمسانی اشاره شود. این کار به مراجع کمك می کند تا تفاوتها و ناهمخوانی‌ها را شناسایی کرده و جلو خود را برای بازی احمقانه بگیرد.

مشاوران تحلیل تبادلی، تبیین کردن[6] را وقتی که مراجع به حالت من بزرگسال خود اجازه گوش دادن می‌دهد به کار می‌برند. این کار زمانی مؤثر است که مراجع در روبرو شدن با واقعیت آسیب‌پذیر باشد.

درمانگر از طریق توضیح دادن[7]، مثالهای معنی‌داری می‌زند تا به مراجع کمك کند تا درك جدیدی را به دست آورد.

تأیید کردن[8] را زمانی به کار می‌برد که مراجع به مواجهه‌ای که صورت گرفته اشاره می‌کند و آن را قبول دارد. اگر من بزرگسال مراجع به اندازه‌ای قوی باشد که بتواند جلو من

1. intervention
2. interposition
3. Interrogation
4. Specification
5. confrontation
6. explanation
7. illustration
8. confirmation

والدین را برای تأیید در مقابل من کودك بگیرد آنوقت تقویت درمانگر مؤثر واقع خواهد شد.

تعبیر و تفسیر کردن[1] زمانی به کار می‌رود که کار درمانگر کشف و رفع پیامهای من کودك بیمار گون باشد. تحریف‌ها باید تصحیح شوند و به مراجع باید کمك شود تا حافظه و ادراك خود را از تجربیات گذشته شناسایی نماید.

فرم دادن[2] وقتی صورت می گیرد که درمانگر جایگاه مراجع را به صورت جایگاه من بزرگسال با من بزرگسال روشن می کند. این بدان معنی است که مراجع می تواند بدون نیاز به بازی‌ها به صورت طبیعی رفتار کند اگر من کودك و من بزرگسال هماهنگ و سازگار باشند آنوقت من کودك فرم دادن را قبول می کند. اگر من والدین جلو رشد من کودك را به سوی سلامتی بگیرد آنوقت درمانگر با این مقاومت مقابله می کند.

پارامترهای درمان

تحلیل تبادلی معمولاً در گروه به کار گرفته می‌شود اما برن گاهی نیز آن را به صورت انفرادی با مراجعان خود به کار برده است. اعضای گروه هشت نفر است که هفته‌ای یك بار به مدت دو ساعت همدیگر را ملاقات می کنند. جلسه سر ساعت شروع و طبق برنامه نیز تمام می‌شود. اعضای گروه بر روی صندلی می نشینند به گونه‌ای که بتوانند دیگر اعضای گروه را به طور کامل ببینند. (هالند ۱۹۷۳)

موردپژوهی

متن زیر خلاصه جلسه مشاوره گروهی تحلیل تبادلی است. در این بخش تمرکز بر باب[3] است. اعضای گروه از مشکلات کاری خود شکایت دارند. باب قراردادی می‌بندد که هدف اصلی آن بهبود وضعیت کاری خودش است. او موافقت کرد که کتاب هریس[4] را قبل از ملحق شدن به گروه بخواند. (السون۱۹۷۹، صفحات ۲۹۲ ـ ۲۹۰) مراجع ۱= باب،

---

1. interpretation
2. crystalization
3. Bob
4. Harris

مراجع ۲= مولی، مراجع ۳= جیم، مراجع ۴= سارا.

مراجع ۱ : او دوباره همان کار را با من کرد. گزارش را آنقدر دیر به من داد که نتوانستم کاری با آن بکنم. البته من سرزنش شدم.

مراجع ۲ : باب، آیا این درست همان اتفاقی نیست که در محل کار قبلیت قبل از انتقال به شغل جدید روی داد؟ تو هفته گذشته در این مورد صحبت کردی.

مراجع ۱ : نه نه برعکس بود. بجای اینکه رئیس قبلی کارهای غیرممکن را از من بخواهد، از همه امتیازهای من استفاده می کرد. باور کردنی نبود. من همه هوش و حواسم را برای آن زن گذاشتم و هرگز کلمه‌ای تشکرآمیز از او نشنیدم همه فکر می کردند که کارش عالی است و او هم کاری کرد که همه باور کنند که کارها را او انجام می‌دهد. بدون شك او از من برای ارتقاء و پیشرفت کارش سواری گرفت. اگر قرار بود کسی ارتقا بگیرد، این من بودم.

مراجع ۲ : آیا این درست همان چیزی نیست که در حال حاضر دارد با رئیس کنونیت اتفاق می‌افتد؟

مراجع ۱ : نه به هیچوجه. رئیسم همیشه کارهای زیادی به من می‌دهد که وقت انجام دادنش را ندارم. هیچ کس نمی‌تواند کارهایی را که او می‌خواهد انجام دهد. باور نمی کنم که من همیشه در رابطه با رؤسا بازنده هستم.

مراجع ۲ : فکر نمی کنی که باید کاری در رابطه با نحوه رفتار رؤسایت بکنی؟

مراجع ۱ : نمی‌دانم چطور... من واقعاً سعی خودرا کرده‌ام. راستی منظورت چیست؟

مراجع ۲ : خوب. تو ممکن است ندانی که خودت راچگونه در محل کارت خراب می کنی و تو مسئولیت آن را به عهده نمی گیری تو به نظر می‌رسد که رؤسایت را برای زجرهایی که کشیدی سرزنش می کنی.

مراجع ۱ : احمقانه است، اگر آدم، گیر رؤسای افتضاح بیفتد کاری نمی تواند بکند... من سعی خودم را می کنم به علاوه اگر به خاطر آنها نبود موفقیت کاریم بهتر بود.

مراجع ۲ : خوب من مطمئن نیستم...

مراجع ۳: صبر کن ببینم مولی[1] تو واقعاً داری موضوع را کش می‌دهی مگه نه؟ آنقدر برای باب سخت نگیر؛ به علاوه او تازه وارد گروه شده است.

مشاور: اجازه بدهید همینجا حرفتان را قطع کنم. باب در حال حاضر کدام حالت من، در مورد تو فعال است؟

مراجع ۱: «کودک»... فکر می کنم.

مشاور: درست. مولی و جیم چطور؟

مراجع ۱: خوب. در مورد جیم مطمئناً حالت من والدین. در مورد مولی مطمئن نیستم.

مشاور: آیا او عینی رفتار می کند؟ آیا بیشتر می خواهد اطلاعات بگیرد؟

مراجع ۱: بله فکر می کنم.

مشاور: و این کدام حالت من است؟

مراجع ۱: بزرگسال.

مشاور: درست است. حالا مایلم نگاهی به تغییرات روی نوار ویدئو بیندازم و ببینم آیا در اینجا «والدین» وجود دارند؟ (مشاور نوار ویدئویی تبادلات قبلی را نگاه می کند).

مشاور: هر کس چیزی را برداشت می کند؟

مراجع ۴: من با مولی موافقم. فکر می کنم که باب سعی دارد که برای مشکلات کاری خود بهانه بتراشد.

مشاور: سارا می توانی همین را مستقیماً به باب بگویی؟

مراجع ۴: باب، به نظرم می‌رسد که در رابطه با رئیست از مسئولیت فرار می کنی از میان آنچه که هفته گذشته گفتی و آنچه که امروز شنیدم تقریباً به نظر می‌رسد که نمی خواهی در کارت موفق باشی. بنابراین در کارت خرابکاری می کنی و رؤسایت را سرزنش می کنی.

مشاور: خوب بود سارا. باب این حرف بر روی تو چه اثری داشت؟

مراجع ۱: تصور می کنم درست باشد. باید بگویم که اگر ترقی و پیشرفت نکنم راحت تر هستم.

1. Mollie

مشاور: مسئولیت اضافی ترسناك بود... ها؟

مراجع ۱ : بله مطمئناً.

مشاور : باب، می‌خواهم بدانم آیا تو می‌توانی انواع مختلف بازی مانند «اگر به خاطر تو نبود» را بازی کنی؟ به علاوه تو قبلاً در رابطه با رؤسایت همین بازی را کردی و اساساً مشخص شد که تو به خاطر عدم پیشرفت در کارت رئیست را سرزنش می‌کنی و از حرفهایی که به همسرت زدی به نظر می‌رسد که این بازی مورد علاقه تو باشد تمبرهایی را که تو در این بازی جمع‌آوری کرده‌ای اطمینان مجدد و تنفر است. تو، به خودت می‌گویی «موضوع این نیست که من شایستگی و لیاقت ندارم بلکه او مرا عقب نگاه می‌دارد». من می‌گویم خوب است که رؤسایت سختگیر هستند.

مراجع ۱ : اوه در آن حقیقتی وجود دارد.

مشاور : باب، از گفته‌های والدینت چیزی به یاد داری؟

مراجع ۱ : «خوب پدرم کمی بعد از به دنیاآمدنم از دنیا رفت. بنابراین هرگز او را نشناختم. به نظر می‌رسید که مادرم احساس می‌کرد من برایش یك دردسر و مزاحم هستم. به یاد می‌آورم که او همیشه در پیدا کردن یك پرستار برای نگهداری من مشکل داشت و همیشه وبه دفعات از این موضوع شکایت می‌کرد.

مشاور : چگونه شکایت می‌کرد؟

مراجع ۱ : (با خنده) او می‌گفت: «اگر به خاطر تو نبود، شبها بیرون می‌رفتم».

مشاور: او الگوی با نفوذی برای تو بود. این طور نیست؟

مراجع ۱ : بله تصور می‌کنم که او بود... اما می‌دانی واقعاً من هرگز باور نمی‌کنم که در این صورت او بیرون می‌رفت. او دوستان زیادی نداشت.

مشاور : آیا او به نظر می‌رسید که از مناسبات اجتماعی می‌ترسد؟

مراجع ۱ : فکر می‌کنم... او به من اجازه نمی‌داد که دوستانم را به خانه بیاورم.

مشاور : بنابراین او از تو، به عنوان بهانه‌ای استفاده می‌کرد تا از تماس‌های اجتماعی دوری کند.

مراجع ۱ : این طور به نظر می‌رسد. این طور نیست؟

مشاور : و شما دارید همان کار را در محل کارتان می کنید... رئیست را به خاطر عقب نگاهداشتن تو، سرزنش می کنی. اما خوشحالی که تو مجبور نیستی که برای مسئولیت بیشتر داشتن ریسك کنی.

مراجع ۱ : بله... حدس می‌زنم درست است.

مشاور : باب، من می‌خواهم به تو اجازه بدهم که ریسك کنی و سعی خود را در محل کارت بکنی و دیگر بازی «اگر به خاطر او نبود» را تکرار نکنی.

در هفته‌های بعد باب توانست الگوی تکراری رفتار خود را در تبادلات با رئیسش ببیند. او در شناسایی «حالات من» خود و دیگران ماهر شده بود و قادر بود که بازی‌هایی را که می کند قطع کرده و از من «بزرگسال» خود بیشتر استفاده کند.

کاربرد

گرچه هالند در سال ۱۹۷۳ اظهار داشت که تحلیل تبادلی (TA) کاربردهای ملی و بین‌المللی دارد اما بیشترین سودمندی واقع گرایانهٔ آن، در رابطه با مشکلات افراد است. براساس نظر هالند تحلیل تبادلی به مشکلات مربوط به زناشویی و خانوادگی، بزهکاری و رفتار جنایی، عقب‌ماندگی ذهنی، الکلیسم و اسکیزوفرنی بخوبی توجه می کند. ارزش و اهمیت تحلیل تبادلی در فراهم آوردن بینش جدید و رویکرد های درمانی جدید، برا ی این نوع مشکلات است. در نوشته‌های سالهای اخیر توجه زیادی به نظریه تحلیل تبادلی شده است و آن را با هر چیز وهر کسی از بچه کوچك گرفته تا رئیس، پیوند و ارتباط داده‌اند به هر حال استینرمی‌پرسید. آیا نظریه تحلیل تبادلی یك نوع درمان نیز هست؟

نقد

پشتوانه پژوهشی

برن (۱۹۶۶) نتایج بعضی از مطالعات اخیررا گزارش داد. از سپتامبر ۱۹۵۴ تا سپتامبر ۱۹۵۶، هفتاد و پنج مراجع مورد درمان قرار گرفتند، بیست و سه نفر از آنها

پیش‌روان‌پریش [1]، روان پریش یا پس روان پریش [2] بودند. البته از میان این بیست و سه نفر، دو نفر (۱۰٪) در درمان شکست خوردند، سه نفر (۱۲٪) تغییر کم یا هیچ تغییر را نشان ندادند و هجده نفر (۷۸٪) پیشرفت درمان داشته‌اند. از چهل و دو مراجع دیگر هیچیك شکست نخوردند، چهارده نفر (۳۳٪) تغییر کلی و یا هیچ تغییری را نشان ندادند و بیست و هشت نفر (۶۷٪) پیشرفت داشته‌اند. از سال ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۰ در حدود صد نفر تجربه خوبی از درمان داشته‌اند (حداقل در طی هفت هفته متوالی). در حدود بیست نفر از مراجعان بشدت آشفته شدند اما در بیشتر موارد درمان پایان یافت و این در حالی بود که مراجعان، خانواده‌شان و مشاور احساس خوبی در این مورد داشته‌اند. برن با نظر مساعدی همهٔ این نتایج را با دیگر رویکردها مقایسه کرد.

تاکنون هیچ نوع مطالعات پژوهشی تجربی و عینی از تحلیل تبادلی صورت نگرفته و تنهامطالعات موردی در این خصوص وجود داشته است. کتاب راهنمای جامع تحلیل تبادلی والام و براون در سال ۱۹۷۹ کلمه پژوهش را در فهرست خود لیست، نکرده است.

ارزیابی

سیستم برن بسیار پیچیده است و تسلط داشتن به آن مشکل می‌باشد. دو مطلب به‌خاطر شهرت و محبوبیت فراوان TA مبهم مانده است. تشریح زیبای این مکتب با کلمات عامیانه مردم کوچه و بازار باعث محبوبیت بسیار وسیع این رویکرد شده است و هواداران تعلیم نیافته خودرا گمراه کرده تا خیال کنند که این یك شیوه ارتباطی ساده است. در حالی که این طور نیست، علاقه برن به یك زبان متنوع و استفاده مکرر او از اسطوره‌ها و استعاره‌ها، راه‌را برای سوءاستفاده از برداشت‌هایش به‌وسیله کسانی که تعلیم دیده نبودند، بازکرد. اگرچه برن ادعا می کرد که فرهنگ تحلیل تبادلی در اصل فقط دارای پنج کلمه است (والدین، بزرگسال، کودك، بازی و طرح) اما کتاب اصول گروه درمانی دارای فرهنگی مشتمل بر صدو بیست و هفت واژه تحلیل تبادلی است و حدود صد عبارت فهرست شده

---

1. prepsychotic
2. postpsychotic

در بخش «بعد از سلام چه می گویی» دارد. گرچه که ممکن است تحلیل تبادلی ادعا کند که هیچ واژه فنی ندارد (هرچند درست نیست) اما در واقع فرهنگ وسیعی از اصطلاحات دست و پا شکسته و بی معنی دارد. که مورد استفاده قرار می‌دهد.

گرچه که زبان برن زبانی منحصر بفرد است (لااقل در بین نظامهای روان درمانی) اما من مفاهیم جدید کمی در آن می‌یابم. خواه من والدین، من بزرگسال و من کودك حالات «من» فرد باشند، آنها همان هدفی را دنبال می کنند که فراخود، خود و نهاد فروید دنبال می کنند. هرچند که طرح زندگی برن از شیوهٔ زندگی آدلر متفاوت است اما کار یکسانی را انجام می‌دهند. این گفته بدان معنی نیست که مفاهیم برن معتبر و مفید نیستند بلکه فقط منظور این است که آنها نو و منحصر بفرد نیستند. بنابر گفته پاترسون[1] شواهدی در دست نیست که تحلیل تبادلی مؤثرتر یا کارآمدتر از انواع دیگر درمان باشد. به نظر می‌رسد که برن يك درمانگر مؤثری است اما راهی وجود ندارد که بگوییم که مؤثر بودن او به خاطر نظریه‌اش بوده است. (۱۹۸۰)

پس از خود بپرسیم که تحلیل تبادلی چه مشارکتهایی داشته است؟ مردم معمولاً زمانی که بتوانند رفتار خود را بر اساس يك سیستم یا منطقی صرفنظر از معتبر بودن آن سیستم توجیه کنند، احساس خوبی خواهند داشت. تحلیل تبادلی در واقع به مردم مفاهیم و واژه‌هایی را که بسادگی می توان به خاطر سپرد، یاد می‌دهد که آنها بتوانند رفتار خود را توجیه کنند و بدان وسیله احساس امنیت نمایند.

1. Patterson

فصل پنجم

درمان منطقی ـ هیجانی

وقتی که انجمن راهنمایی و نیروی انسانی آمریکا در سال ۱۹۷۷ در دالاس تشکیل جلسه داد یکی از سخنرانان مهم آن جلسه آلبرت الیس[1] بود. تصور کنید یک سالن سخنرانی گرد و بسیار بزرگ که چندین هزار مشاور آن را پر کرده و همگی با چشمان باز به صحنه خیره شده بودند و آرام در انتظار بودند. پرده بالا رفت و صحنه غار مانندی را آشکار ساخت. از سمت چپ صحنه یک نفر وارد شد: سقراط ! مردی با لبخندی ملیح و کله‌ای بزرگ. اگر لباس آبی رنگ مخصوص کار او نبود، دقیقاً شبیه سقراط می نمود. ما نشسته بودیم، همچنان در انتظار صدای شیرین و ملیح او. او دهانش را برای سخن گفتن باز کرد، اما ناگهان تمام آن صحنه تبدیل به گوشه‌ای از خیابان نیویورک شد؛ صدا، صدای یک رانندهٔ تاکسی بود که بخاطر ترافیک داد و فریاد می کرد پنج دقیقه طول کشید تا این شوک را هضم کنیم و به همین صورت کمی طول کشید تا معنی کلمات او را درک نماییم. اهالی جنوب به چنین زبانی عادت نداشتند... حدود پانصد نفر مخاطب یک سخنرانی جذاب و اساسی،

1. Albert Ellis

دربارهٔ درمان منطقی ـ هیجانی بودیم. آلبرت الیس به جنبه‌های بسیاری اشاره نمود که همه آن مطالب منحصر بفرد بود.

تحول تاریخی

زمینه شخصی

آلبرت الیس در ۲۷ سپتامبر ۱۹۱۳ در پیتسبورک[1] به دنیا آمد. او در سال ۱۹۳۴ از سیتی کالج[2] نیویورک موفق به اخذ درجه کارشناسی (B.A) شد و کارشناسی ارشد و دکترای خود را در سالهای ۱۹۴۳ و ۱۹۴۷ از دانشگاه کلمبیا[3] دریافت نمود. او بعد از کارهایی از جمله نویسندگی و مدیریت یك اداره (۱۹۴۸ـ۱۹۳۸) به عنوان روان شناس بالینی ارشد در بیمارستان ایالتی نیوجرسی در گریستون پارك[4] آغاز به کار کرد و در همان حال نیز استاد روان شناسی در دانشگاه راتگرز[5] بود. در سال ۱۹۴۹ او عهده‌دار پست ریاست روان شناسان مرکز تشخیص ایالت نیوجرسی در «پارك منلو»[6] شد. همزمان با این انتصابها، الیس از سال ۱۹۴۳ درگیر کارهای تخصصی روان درمانی و مشاور خانواده به‌صورت خصوصی بود. در طول این مدت، او به روانکاوی علاقه‌مند شد و در این زمینه آموزش دید و به مدت سه سال نیز خود مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. علاوه بر این، او طی چند سال روانکاوی کلاسیك و روان درمانی، روانکاوی را به کار برد.

در نیمه دهه ۱۹۵۰، او شروع به کنار کشیدن از روانکاوی نمود و تأکید خود را بر درمان منطقی ـ هیجانی (RET) تازه کشف شده استوار نمود. در سال ۱۹۵۸ او مؤسسه «زندگی معقول» و در سال ۱۹۶۸ مؤسسه «مطالعه پیشرفته روان درمانی معقول» را تأسیس نمود. الیس نویسنده پرکاری است که کتابهای مشهوری در مورد سکس و دیگر موارد

1. Pittsburg
2. City College
3. Columbia University
4. Greystone Park
5. Rutgers University
6. Menlo park

نوشته و به صورت علمی، جنسیت و همجنس گرایی را مورد تحقیق قرار داده است. او همچنین کارهای زیادی برای معرفی، توضیح و دفاع از نظریه خود یعنی منطقی ـ هیجانی (RET) انجام داده است است. (بِلکین[1] ۱۹۸۰، الیس ۱۹۷۹)

زمینه نظری

ریشه نظریه الیس به فلاسفه رواقی برمی گردد. (ca . A.D.500) مخصوصاً به اپیکتتوس[2]: «اشیا باعث اختلال انسانها نمی شوند بلکه نظری که انسانها نسبت به آن اشیا دارند باعث این اختلال می گردد.» (کتاب کوچك). نام شکسپیر[3] در شجره نامه منطقی ـ هیجانی وجود دارد: «هیچ چیزِ خوب یا بد وجود ندارد بلکه فکر کردن آن را خوب یا بد می کند» (هاملت)[4]. آلفرد آدلر (۱۹۶۴، صفحه ۷۰) منادی اخیر این نظریه می گوید: «فرد... خود را با جهان خارج به صورت از پیش تصمیم گیری شده‌ای مرتبط نمی سازد بلکه ارتباط او بر اساس تفسیر او از خودش و مشکلات کنونی‌اش صورت می گیرد.»

در ابتدا الیس تصور می کرد که وظیفهٔ او ارائه اطلاعات در مورد واقعیت‌ها به مراجعانش است. اما بزودی دریافت که بسیاری از مراجعانش به چیزهایی بیش از اطلاعات عینی احتیاج دارند. او روانکاوی را به عنوان وسیله‌ای برای تأمین آن نیازها مورد آزمایش قرار داد. او چندین سال روانکاوی را تجربه کرد، اما هم از خود نظریه و هم از تجربه کار با روانکاوی ناراضی بود. او سپس از روانکاوی کلاسیك به رویکرد «روانکاوی جدید» یا «نوفرویدیسم» روی آورد و سپس متوجه نظریه یادگیری شد و در تمام مدت درمانگری بود، که فعالتر و رهنمودی‌تر کار می کرد. ظهور رویکرد منطقی او از حدود سال ۱۹۵۱ آغاز شد.

الیس بر اساس مطالعات خود در مورد فلاسفه باستان و نیز از طریق تجربیات با بیمارانش قانع شده بود که مردم به این دلیل بر رفتار غیر عقلانی و غیر منطقی خود پافشاری

1. Belkin
2. Epictetus
3. Shakespeare
4. Hamlet

می کنند که مستمراً به خود تلقین می کنند که باید آنگونه رفتار کنند. نتیجه منطقی الیس این بود که در درمان باید مردم را متقاعد کرد تا تلقین افکار قدیمی و غیر منطقی را به خود متوقف کنند و به آنها یاد داد که در بارهٔ خود و جهان فکر کنند. درمان منطقی ـ هیجانی از این دیدگاهها متولد شد.

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

RET یا درمان منطقی ـ هیجانی فاقد واژه‌های بی‌معنی و مبهم است و دارای ساختارها و واژه‌های منحصر بفرد و کاملاً تعریف شده‌ای می‌باشد. در واقع این طور به‌نظر می‌رسد که این نظریه دو واژه دارد.

۱ ـ جبری (musturbating)، وقتی انسان به خود می گوید باید[1]، بایست[2]، می‌بایستی[3] که کاری را انجام بدهد یا انجام ندهد، به اعتقاد الیس او در یك حالت اجبار قرار گرفته است. او این گرایشها را با عنوان ایدئولوژی جبری طبقه‌بندی می کند.

۲ـ منطقی (rational)، واژه منطقی به صورت مطلق یا متعصبانه تعریف نمی‌شود؛ مردم بر اساس انتخاب ارزشها، مقاصد و اهداف مختلف زندگی می کنند. وقتی که این ارزشها را انتخاب کردند، آنوقت چنانچه فکر، احساس و عمل آنها به گونه‌ای باشد که بدانها کمك نماید تا به اهدافشان برسند و بر اساس ارزشهایشان زندگی نمایند، آنوقت منطقی عمل کرده‌اند، اما چنانچه فکر، احساس و عمل آنها مخالف با اهداف و ارزشهایشان باشد، غیر منطقی بوده‌اند.

ماهیت انسان

الیس (۱۹۷۹) فرضیات متعددی در بارهٔ ماهیت انسان دارد که بیشتر عقیده شخصی اوست تا اینکه از درمان منطقی ـ هیجانی حمایتی کرده باشد.

---

1. must
2. should
3. ought

۱ . انسان فقط انسان است نه فرشته و نه شیطان و نه حیوانی لال و گنگ . او دارای محدودیتهای فیزیکی و یا روانی است که ممکن است تا حدودی بر آن فائق بیاید . اما بسیار بعید به نظر می‌رسد که بتواند از محدوده بشری بودن خود فراتر رفته و به حالات برتری از هوشیاری یا وجود دست یابد .

۲ . تا آنجا که تاکنون معلوم شده است تمام انسانها فانی هستند (همه ما می‌میریم) و هیچ نشانی از حیات و زندگی پس از مرگ وجود ندارد . (این عبارات تنها بیان علمی دانشمندان در بارهٔ عدم وجود شواهد تجربی در این مورد است و لزوماً یك بیانیهٔ الحادی نیست) .

۳ . هدف اصلی زندگی برای اغلب انسانها بقا و زندگی نسبتاً شاد (بدون درد) است . اهداف دیگری نیز می‌توانند انتخاب شوند اما انسان از نظر بیولوژیکی تمایل به بقا و شادمانی دارد .

۴ . شادمانی یا خوشگذرانی انتخابی درست و معتبر است . اما انتخاب اهداف بلند مدت به نظر عاقلانه‌تر از انتخاب اهداف کوتاه مدت است و انتخاب عاقلانه‌تری تلقی می‌گردند . از طرف دیگر فرضیاتی در بارهٔ ماهیت انسان وجود دارد که بوضوح به نظریه و کار درمان منطقی ـ هیجانی (RET) کمك می‌کند . (الیس ۱۹۷۹)

۵ . رفتار انسان تا حدودی بر اساس نیروهای بیولوژیکی و اجتماعی تعیین و مشخص می‌شود . درمان منطقی ـ هیجانی به نوعی جبرگرایی خفیف معتقد می‌باشد . انسان فشارهای شدیدی را تجربه می‌کند که می‌تواند (البته با مشکلات زیادی) در برابر آنها مقاومت کند . اما در عین حال دارای یك عنصر قوی ارادهٔ آزاد نیز می‌باشد . که از طریق آن می‌تواند کنترل کند .

۶ . درمان منطقی ـ هیجانی در این میان یك موضع گیری اگزیستانسیالیستی (وجودنگری) دارد . اینکه مردم به طور کلی دنیای خود را خلق می‌کنند و گرایش دارند به اینکه آن دنیاها را به صورت پدیداری و ذهنی نگاه کنند .

۷ . وقتی انسانها متولد می‌شوند، در درون خود دارای گرایشهای متناقضی هستند گرایش شدیدی دارند به اینکه منطقی باشند و ارضا شوند . اما در عین حال به سمت کارهای

غیر منطقی کشیده می‌شوند و رشد خود را عقیم می‌کنند.

۸. یکی از قوی‌ترین گرایشهای درونی انسان این است که از خانواده و دوستان نزدیك و فرهنگ تأثیر بپذیرد.

۹. تمام انسانهای معمولی فکر می‌کنند، احساس می‌کنند و عمل می‌کنند و افکار آنها عمیقاً احساسات یا رفتارهای آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یا آن افکار و احساسات را به وجود می‌آورد. بر همین اساس احساسات نیز بر افکار و رفتارها اثر می‌گذارند و رفتارها نیز بر افکار و احساسات.

۱۰. درمان منطقی ـ هیجانی عقیده دارد که در واقع همه اختلالات جدی هیجانی ناشی از وقایع یا تجربیات نیست بلکه ناشی از دید و نگرشی است که مردم از خود دارند.

ساختار شخصیت

درمان منطقی ـ هیجانی غرایز لیبیدویی را به عنوان عاملی برای توجیه رفتار انسان قبول ندارد و به ناهوشیار انسان به تعبیر فروید و یونگ معتقد نیست. بلکه معتقد است که ما انسانها نسبت به بسیاری از احساسات یا افکارمان ناآگاه هستیم.

رشد شخصیت

درمان منطقی ـ هیجانی معتقد است که فرد عادی بر اساس تمایلات، آرزوها و رجحانهای شخصی خود رشد می‌کند. بنابر این هر انسانی متفاوت از دیگری است. اما از طرف دیگر ما انسانها به مقدار قابل ملاحظه‌ای در بسیاری از موارد شبیه به یکدیگر هستیم: ما همه می‌خوریم، می‌خوابیم، حرکت می‌کنیم، نفس می‌کشیم و بزرگ می‌شویم.

بیشتر رشد و نموهای طبیعی توأم با نظم انجام می‌شود، اما بسیاری از نظریه پردازان معتقدند که بندرت رشد عادی به صورت مراحل پشت سر هم صورت می‌گیرد. مراحل روانی جنسی فروید به نظر می‌رسد که اغلب فرافکنی ترسها و تمایلات مربوط به خود او باشند تا پدیده‌های مشاهده شدهٔ عینی. دیگر مطالب فروید نیز غالباً کلی گویی هستند. درمان منطقی ـ هیجانی به این چنین نظریه‌های رشد اعتقاد ندارد و به نظر الیس نیز هرگز نباید این گونه فکر کرد. (الیس ۱۹۷۹) او به درمان منطقی ـ هیجانی به عنوان عاملی که بر رشد مجدد خود تأکید می‌کند، نگاه کرده و اظهار می‌دارد که بین نظریه شخصیت و نظریه

تغییر شخصیت، رابطه کمی وجود دارد.

رشد رفتار ناسازگار

ما اطلاعات زیادی در بارهٔ ریشه رشد رفتار ناسازگار نداریم. بعلاوه نظریه‌های موجود که یك یا دو واقعهٔ خاصی نظیر عقده اُدیپ، ضربه تولد و درد اولیه را مورد تأکید قرار می‌دهند، آن مقدار کمی را هم که می‌دانیم مبهم می‌کنند. الیس شواهد کمی دال بر وجود این وقایع (ضربه تولد و...) و شواهد کمتری مبنی بر اهمیت آنها پیدا کرده است.

به اعتقاد بارد[1]، درمان منطقی ـ هیجانی معتقد است که آسیب شناسی روانی از طرق زیر مشخص می‌شود. (۱۹۸۰، صفحه ۲۳):

۱. *تکرار اعمالی که زندگی لذت بخش را کوتاه نماید (نظیر بهره کشی از جسم از طریق استفاده از مواد مخدر، سیگار و غیره).*

۲. *تکرار اعمالی که ایجاد ناراحتی و درد غیر ضروری و ناگهانی بنماید (نظیر به وجود آمدن اضطراب در زمانی که هیچ خطر واقعی وجود نداشته باشد).*

۳. *شکست در ایجاد ظرفیت‌های فطری جهت ارضای نیازهای مختلف که به خاطر عدم ارضای آنها شخص دچار ملال، رکود و یا نارضایتی مکرر می‌گردد.*

۴. *مشغولیت با لذتهای کوتاه مدتی که به بهای از دست دادن ارضای بلندمدت به دست آمده باشد.*

۵. *الگوی اجتناب از فرصتهایی که موجب به دست آوردن اطلاعات و افزایش توان فرد جهت هرچه بیشتر لذت بردن در آینده می‌شود.*

درمان منطقی ـ هیجانی تأکید خود را بر آسیب شناسی می گذارد تا سبب شناسی. اما مطالعه دقیق چند منبع نشاندهندهٔ وجود افکار منظمی در این مورد است. به عقیده الیس تقریباً همه انسانها دارای یك تمایل فطری برای ایجاد آشفتگی در خود می‌باشند. برخی آسیب‌پذیر تر از دیگرانند، اما همه بدون آنکه لازم باشد تا حدودی خود را ناراحت می کنند. بسیاری از مردم علاوه بر ایجاد آشفتگی مستمراً خود را با ایده‌های غیر منطقی تبلیغ

1. Bard

می کنند. الیس در سال ۱۹۶۲ در ابتدا یازده فکر غیر منطقی را لیست کرد؛ اما اخیراً الیس و گریگر[1] بیست و هفت فکر غیر منطقی را تحت سه عنوان ایدئولوژی جبری گروه‌بندی کردند. نمونه‌های مختصر زیر، تصویری از آنها به دست می دهد. (صفحات ۱۴ـ۱۲):

ایدئولوژی جبری (۱)

من باید خوب عمل کنم و برای عملکردم تأیید بگیرم. در غیر این صورت به عنوان فردی نالایق تلقی می‌شوم.

الف. من باید تقریباً همیشه و از همهٔ کسانی که مهم می‌دانم، عشق و تأیید صمیمانه‌ای دریافت کنم.

ب. من باید خود را کاملاً لایق، با کفایت و موفق به دیگران بشناسانم و یا لااقل در انجام کارهای مهم، لیاقت و شایستگی واقعی داشته باشم.

ایدئولوژی جبری (۲)

دیگران باید با ملاحظه و مهربانی با من رفتار کنند. درست به همان صورتی که دلم می‌خواهد آنها با من رفتار کنند و اگر این کار را نکنند، جامعه و دنیا باید آنها را به خاطر بی‌توجهی‌شان به سختی سرزنش، لعنت و یا تنبیه کند.

اگر رفتارشان حماقت آمیز و نادرست باشد، انسانهای احمق به تمام معنا هستند که باید از خود شرمنده شوند.

ایدئولوژی جبری (۳)

شرایطی که در آن زندگی می کنم باید به گونه‌ای باشد که عملاً بتوانم هر آنچه را که می‌خواهم براحتی، بسرعت و بآسانی به دست بیاورم و در واقع چیزی را که نمی‌خواهم برایم اتفاق نیفتند.

الف. من باید راه حلهای کامل، عملی و صحیحی برای مشکلات خود و دیگران پیدا کنم؛ اگر نکنم نتیجه‌اش بدبختی و وحشت خواهد بود.

ب. مردم و وقایع بیرونی عملاً منشأ همه ناخوشی های من هستند و مرا به صورت

---
1. Grieger

يك قـربانی درمـاندهٔ اضطراب، ناامیـدی، بی کـفـایتی و خـصـومت درمی آورند مگر آنکه این شرایط و مردم تغییر یابند و به من اجازه دهند تا این احساس پریشانی را متوقف کنم.

آشفته شدن از آشفتگی‌ها

از آنجا که انسانها مخلوقات خودآگاهی هستند لذا اختلالات و پریشانی‌های خود را مشاهده می کنند و همین مشاهده آنها را دوباره پریشان و مختل می کند. اختلال و پریشانی اول اهمیت بیشتری دارد و ایجاد آشفتگی بیشتری می کند. کار غیر عادی اول (آشفتگی اول) معمولاً به نوعی خاتمه می‌یابد و محدود به مجموعه‌ای از شرایط است اما عوارض بعدی (آشفتگی دوم) غالباً فراگیر می‌شود و ممکن است تمام زندگی فرد را مختل سازد. بالاخره مردم حتی با دیدی روشن از مشکلات باز هم به سختی می توانند رفتار خود را تغییر دهند زیرا عمل غیرعادی آنها بر يك گرایش فطری استوار می‌باشد. (الیس ۱۹۷۹)

بنابراین براساس درمان منطقی ـ هیجانی (البته بدون هر گونه تعصب) علل واقعی اختلالات بشری در دو ویژگی منحصر به فرد انسان نهفته است:

الف. رغبت عمومی به کج فکر کردن، احساسات نادرست از خود نشان دادن و بد عمل کردن.

ب. گرایشهای خاص فرد به رفتارهایی که موجب شکست او می‌شوند.

الیس (۱۹۷۹) اصرار داشت که هر دوی این ویژگی‌ها بیولوژیکی هستند (فطری). او اثرات این تمایلات را با نظریه A-B-C نشان داد.

نظریه A-B-C

درمان منطقی ـ هیجانی، اعتقاد دارد که در واقع همه مشکلات جدی هیجانی انسان مستقیماً ناشی از افکار جادویی، تخیلی و از نظر تجربی فاقد اعتبار است . . . برطبق نظریه درمان منطقی ـ هیجانی مهم نیست که چه مقدار در وراثت فرد نقص وجود داشته باشد و یا تجربیات او از ضربه‌های اولیه و یا بعدی زندگی چگونه باشد، علت اصلی که او اکنون واکنش بیشتر یا کمتری نسبت به محرك آزارنده نشان می دهد . . . این است که او اکنون دارای عقاید متعصب، غیر منطقی و تجربه نشده‌ای است. (الیس ۱۹۷۳ ، صفحه ۱۷۲)

به عنوان مثال در نقطه A چیزی روی می‌دهد (یك رویداد فعال کننده)[1] شما را از یك کار خوب اخراج می کنند. واکنش شما در مورد اخراج این است که احساس افسردگی می کنید، نسبت به رئیس خودتان عصبانی و خشمگین می‌شوید، در خانه و یا جایی وقت را به بطالت می گذرانید و دنبال کاری نمی‌روید. (پیامدهای هیجانی[2] و رفتاری ـ نقطه C) اخراج شدن از کار (نقطه A) پیامدهای هیجانی و رفتاری را به وجود می آورد. (نقطه C). درست است؟ خیر غلط است! C پیامدهای هیجانی و رفتاری ناشی از A یعنی رویداد فعال کننده نیست، بلکه ناشی از B یعنی باورها و اعتقادات غیر منطقی[3] شما در مورد آن رویداد است. باورهای غیر منطقی بر اساس «ایدئولوژی جبری» شما استوار است. به عنوان مثال شما ممکن است به خودتان بگویید. «من باید آن شغل را به دست آورم». یا «من باید شغل خوبی داشته باشم تا به خودم احترام بگذارم». اگر شما به خودتان گفته بودید که «من آن شغل را دوست دارم. کاش اخراج نمی‌شدم». شما بدون شك با گفتن این حرف پیامدهای هیجانی را تجربه می کردید اما این پیامدها از نوع پریشان کننده و تضعیف کننده نخواهند بود.

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

بر اساس مطلب بالا نتیجه می گیریم که درمان منطقی ـ هیجانی (RET) معتقد است که تغییر در رفتار بر اساس تغییر در افکار است و این کار از طریق حرکت از غیر منطقی بودن به سوی منطقی بودن صورت می گیرد. الیس به مشارکت فروید، آدلر، راجرز و دیگران در درك ماهیت انسان اعتراف داشت، اما معتقد نبود که رویکردهای آنها مشکلات مربوط به ماهیت انسان را حل می کنند. او همچنین به مشارکت رفتارگرایان به عنوان کسانی که تغییر از غیر منطقی را به منطقی تسهیل نموده‌اند، معترف بود. اما منطق تغییر فقط این است: یاد بگیریم که منطقی فکر کنیم.

1. Activating Event
2. Irrational Belief
3. Emotional and Behavioral Consequences

در بسیاری از اوقات درمان منطقی ـ هیجانی توجه زیادی به معرفت و شناخت دارد. که بر فرضهای متعددی استوار است (الیس ۱۹۷۹):

۱. *انسانها از طریق فکر کردن، احساسات خود را به وجود آورده و یا خلق می کنند (وبرعکس). زمانی که این احساسات یا هیجانات مختل می‌شوند، از طریق بررسی بحث و تدوین مجدد افکاری که پشت این احساسات یا هیجانات قرار دارند، می‌توانند تغییر یابند.*

۲. *فلسفه باورها و اعتقادات مردم در مورد تجاربشان، اثر عمیق‌تری بر احساسات و رفتار آنها خواهد داشت تا خود تجارب. بنابراین روان درمانی موثر کوشش دارد که به مراجعان خود کمك نماید تا اعتقادات و باورهای غیر منطقی خود را تغییر دهند.*

۳. *مردم غالباً از طریق انتظارات خود از آنچه که باید اتفاق بیفتد و یا دیگران باید چگونه با آنها برخورد نمایند، اختلالات خود را می‌آفرینند. زمانی که از این خواست‌های غیرهیجانی صرفنظر می‌شود، رفتارها نیز به سمت خوب بودن تغییر می یابند.*

۴. *مردم آشفته انگیزه‌ها، استدلالها و علت‌های منفی خود را به دیگران و به رویدادهای خارجی نسبت می‌دهند. زمانی که این مردم ویژگی‌های خود را تغییر دهند غالباً احساس بهتری خواهند داشت و بهتر عمل خواهند کرد.*

۵. *مردم آشفته و ناراحت، خودشان را بجای عملکردشان ارزیابی می کنند و غالباً نیز خود را منفی ارزیابی می کنند. زمانی که به آنها آموخته می‌شود که دیگر خود را ارزیابی نکنند آنوقت اختلال آنها به نحو چشمگیری کاهش می یابد.*

۶. *بالاخره زمانی که به مردم آموخته می‌شود تا ایده‌آلهای جبری و باورهای غیر منطقی خود را رها کنند، آنوقت زندگی آنها راضی کننده‌تر خواهد بود.*

فرایند مشاوره

کار مشاور درمان منطقی ـ هیجانی این است که به مراجعان خود کمك نمایدتا خود را از افکار غیر منطقی و نامعقول رها کرده و افکار منطقی و معقول را جایگزین آنها نمایند. این فرایند از طریق غیر معقول و غیر منطقی نشان دادن این افکار به مراجع شروع می‌شود. الیس (۱۹۷۳) آن را «بینش شمارهٔ ۱» نامگذاری می کند. ووقتی به وجود می آید که مراجع

تشخیص می‌دهد که اختلال کنونی او علت‌های قبلی دارد که آن علت‌های قبلی، همان نگرشها و باورهای نامعقول خودش می‌باشد، و نه رویدادهای گذشته یا حال.

دومین مرحله در این فرایند (بینش شماره ۲) شامل متقاعد کردن مراجعان است. اینکه آنها اختلال خود را از طریق تلقین مجدد همان افکار نامعقول به خودشان حفظ و نگهداری می کنند. در مرحله سوم (بینش شماره ۳) مراجعان به سوی تصدیق کامل این مطلب هدایت می‌شوند که تنها راه رهایی از اختلالات این است که با نظام باورهای خود مبارزه کنند و از طریق مبارزه و چالش به یك نظام جدید و عاقلانه دست یابند. (الیس ۱۹۷۳)

آخرین مرحله با گرایشهای نامعقول خاصی سروکار دارد و یك فلسفه زندگی را به مراجع پیشنهاد می کند تا از آن طریق از به وجود آمدن افکار نامعقول بیشتر جلوگیری نماید. نتیجه‌ای را که مشاور درمان منطقی ـ هیجانی مایل است که بدان دست یابد، این است که مراجع از طریق تغییر باورهای نامعقول به باورهای معقول به سوی یك زندگی عاقلانه حرکت کند. چنانچه این کار صورت گیرد، آنوقت رفتارهای مبتنی بر شکست خود و بر علیه خود ناپدید شده و اختلالات هیجانی کاهش می‌یابد. (پاترسون ۱۹۸۰)

اهداف مشاوره

گاهی به نظر می‌رسد که درمان منطقی ـ هیجانی «ضد هیجان» باشد. در حالی که برعکس این دیدگاه هیجان را برای زندگی بشر ضروری می‌داند. مردم بدون داشتن احساسات قوی مطمئناً خوشحال نخواهند بود و احتمالاً باقی نخواهند ماند. درمان منطقی ـ هیجانی سعی دارد که احساسات نامناسب را از مراجعان خود بگیرد. مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی و خصومت. بعلاوه مشاوران این مکتب به مراجعان خود کمك می کنند تا به اهداف خاصی دست یابند. (الیس ۱۹۷۹)

مسئولیت مسئولیت داشتن در زندگی؛ مردمان سالم مشکلات خود را می توانند حل کنند. گرچه ممکن است به کمك دیگران نیز احتیاج داشته باشند اما بدون کمك آنها ناراحت نمی‌شوند. آنها قادرند زندگی خود را اداره نمایند. آنها می توانند در عین حال که از حال خود با خبر هستند، از حال دیگران نیز آگاه باشند.

تحمل دیگران مراجعانی که بدون داشتن اختلال هیجانی خوب عمل می کنند،

اجازه اشتباه کردن را به دیگران می‌دهند. آنها مردم را به خاطر اینکه ساز دیگری می‌زنند، محکوم نمی‌کنند بلکه آنها می‌توانند رفتار و اعمال مردم را دوست نداشته باشند بدون اینکه به خاطر آن رفتار آنها را ذلیل و پست کنند.

قبول خود افرادی که ثبات هیجانی دارند قادرند آنچه که هستند را قبول کرده و بپذیرند. ارزشی که آنها به خودشان می‌دهند به عوامل خارجی و یا به عقاید دیگران بستگی ندارد. آنها با خودشان راحت هستند. در نتیجه، این نوع طرز فکر، آنها شجاعت ریسك کردن را دارند.

باز و بی پرده بودن افراد سالم از تغییر استقبال می‌کنند. آنها می‌توانند از روشهای علمی به صورت عینی برای کشف زندگی استفاده کنند. آنها برای تعبیر و تفسیر خود و روابط میان فردی و درون فردی از قوانین منطقی استفاده می‌کنند.

تعهد کسانی که اختلالی ندارند و پریشان نیستند و گرایش به خودشکوفایی دارند به مردم و اشیا علاقه‌مندند. آنها می‌توانند کوششهای خود را تغییر جهت داده و جذب امور دیگر شوند.

قبول تغییر افراد بالیده با بلاتکلیفی و اتفاقات با آرامش و ملایمت برخورد می‌کنند. آنها می‌دانند که دنیا نمی‌تواند به آنها اطمینان و یقین بدهد. امور مطلق و قطعی وجود ندارد آنها انتظار ندارند که انسانها فارغ از ناکامی و ناخوشی باشند. بنابراین یکی از اهداف درمان منطقی ـ هیجانی این است که مراجعان را به سوی درك این مطلب هدایت نماید که آنها به خاطر اینکه از نظر روانی سالم باشند مجبور نیستند که در یك دنیای عالی و کامل زندگی کنند.

آموزش مشاور

درمان منطقی ـ هیجانی علاوه بر کارگاههای معمول کوتاه مدت و مختصر و برنامه‌های نمایش تجربی جلسات حرفه‌ای، پنج مرحله آموزش را از طریق موسسهٔ ـ درمان منطقی هیجانی پیشنهاد می‌کند. (الیس ۱۹۸۲)

۱ . گواهینامه مقدماتی می‌تواند به یکی از دو طریق زیر به دست آید:

الف . گذراندن یك دورهٔ کار عملی پنج روزه مخصوص گواهینامه مقدماتی.

ب . گذراندن چهار دورهٔ کارگاه یك روزه و پنج جلسه زیر نظر یك سرپرست .

داوطلبانی که هر یك از این دو دوره فوق را انتخاب می کنند می‌بایست کتب معینی را نیز مطالعه کنند و امتحانات شفاهی و کتبی را بگذرانند . دوره گواهینامهٔ مقدماتی برای استفادهٔ روان شناسان، مشاوران، مددکاران، پزشکان، پرستاران و دانشجویان تمام وقت کارشناسی ارشد و دکترا می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد . داوطلبان برای اخذ این گواهینامه باید حداقل دارای درجه کارشناسی ارشد در روان‌شناسی یا مشاوره باشند .

۲ . دوره گواهینامه متوسطه برای آن دسته از دارندگان گواهینامه مقدماتی که نمی‌خواهند در دورهٔ دستیاری شرکت کنند و یا واجد شرایط آن نیستند، یك دوره آموزش ارائه می‌دهد . داوطلبان مطالبی در مورد اصول درمان منطقی ـ هیجانی، مبانی نظری و کاربردهای بالینی این مکتب در خلال جلسات متعدد فرامی‌گیرند . ویژگی این دوره این است که درمان منطقی ـ هیجانی با نظارت یك سرپرست و از بین موارد ارجاعی به خود شرکت کننده، صورت می‌گیرد . داوطلبان باید برنامه‌های زیر را بگذرانند :

الف . گذراندن چهار کارگاه آموزشی علاوه بر کارگاههای مربوط به گواهینامه مقدماتی

ب . گذراندن هشت ساعت درمان نظارت شده توسط یکی از اساتید مؤسسه آموزشی که این علاوه بر دوره‌های مربوط به گواهینامه مقدماتی است ج . گذراندن یك دوره پنج روزه دستیاری .

۳ . دورهٔ دستیاری به دست‌اندرکاران این حرفه امکان می‌دهد تا روشهای بیشتری را دربارهٔ درمان منطقی ـ هیجانی و رفتار شناختی یاد بگیرند . روان‌شناسان رسمی، پزشکان، پرستاران رسمی، مددکاران دارای مدرك کارشناسی ارشد، روحانیونی که دارای آموزشهای کارشناسی ارشد و تجربه مشاوره هستند و همچنین دارندگان درجه کارشناسی ارشد که در حال گذراندن دوره کارآموزی نظارت شده هستند، می‌توانند از این دوره استفاده کنند . داوطلبان باید دوره‌های زیر را بگذرانند :

الف . دو دورهٔ کار عملی .

ب . بیست و چهار جلسه مشاوره موردی در خلال دوازده ماه .

ج . نوار ضبط شده یك جلسه درمان که برای ارزیابی به کمیته بررسی و استانداردهای

آموزشی بین‌المللی ارسال شود.

۴ . *دورهٔ عالی. جامع‌ترین دوره‌ای است که توسط مؤسسه اجرا می‌شود. در خلال دو سال تحصیل پاره‌وقت شرکت‌کنندگان آموزش عمیقی در مورد روشهای درمان منطقی ـ هیجانی و روان‌درمانی رفتاری و شناختی پیدا می‌کنند. دانشجویان این دوره مراجعان را درمان می‌کنند و هفته‌ای یك بار کارشان نظارت می‌شود. در اداره کارگاههای آموزشی عمومی به عنوان یکی از دو سرپرست کارگاه انجام‌وظیفه می‌کنند و در تحقیقات نیز شرکت می‌نمایند.*

۵ . *علاوه بر برنامه‌های مؤسسه، درمان منطقی ـ هیجانی را می‌توان در گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه‌ها فسترا نیز آموخت.*

کارکرد مشاور

درمانگران منطقی ـ هیجانی به منظور تصحیح افکار نامعقول به شیوه رهنمودی عمل می‌کنند. آنها به طور فعال به مراجعان خود کمك می‌کنند تا خود را بیان کنند. این کار غالباً از طریق انجام تکالیف صورت می‌گیرد. به عنوان مثال وقتی که خانم جوانی که علی‌رغم استحقاق واقعی‌اش می‌ترسد که درخواست افزایش حقوق کند، این تکلیف به او داده می‌شود که با رئیس خود ملاقات و از او درخواست افزایش حقوق کند. اگر لازم باشد درمانگر نه تنها مراجع خود را به این کار ترغیب می‌کند بلکه حتی به او دستور می‌دهد که باید این کار را انجام بدهد.

درمانگران منطقی ـ هیجانی بیش از درمانگران دیگر صحبت می‌کنند. این بویژه در مورد اولین جلسات مشاوره صادق است. ممکن است در جلسه اول از روش مواجهه[1] استفاده شود تا مراجع بتواند از افکار منطقی و رفتار نامعقولی که از آن افکار نشأت می‌گیرد، آگاه شود. درمانگران از استدلال و ترغیب استفاده می‌کنند، آنها حتی به رفتارهایی که مراجعان علیه خود انجام می‌دهند نیز حمله می‌کنند.

رویکرد منطقی ـ هیجانی تعلیم‌دهنده و آموزشی است. هر چند که ظاهراً ممکن

1. confrontation

است بیشتر شبیه به یك جدال فلسفی باشد تا یك درمان‌روانی یا مشاوره. درمانگران اغلب متونی را برای مطالعه مراجع تعیین می کنند و زمانی را صرف بحث دربارهٔ درك مراجع و یا عدم درك او از آن متون می‌نمایند. درمانگر منطقی ـ هیجانی اغلب از رداو کلاه استادی و همچنین از روپوش بیمارستان استفاده می کند. (الیس و گریگر[1] ۱۹۷۳)

از طرف دیگر درمانگر منطقی ـ هیجانی وقت زیادی را صرف «رویدادهای فعال کننده» نمی کند جزئیات مربوط به اینکه چه کسی با دیگری چه کار کرده است را نمی‌پرسد. این جزئیات به عنوان هاله‌ای که مطلب واقعی درمان را پنهان می کند، تلقی می‌شود. پیامدهای هیجانی و عقاید نامعقول آن جزئیات را به وجود می آورند. بعلاوه درمانگران منطقی ـ هیجانی از روشهای روان پویایی معمول مانند تداعی آزاد، تحلیل رؤیا، ایجاد رابطه انتقال، تحلیل عقده ادیپ یا دیگر عقده‌های روان‌پویایی و یا توضیح وقایع گذشته در به وجود آمدن عوارض کنونی، پرهیز می کنند.

به طور خلاصه در درمان منطقی ـ هیجانی مشاور یك موضع تند و تیز، فعال، رهنمودی، ترغیب کننده و جدلی دارد. او بیشتر اوقات را صرف مواجهه و چالش با عقاید نامعقول مراجع می کند و آنها را به سوی رفتار ارضاکننده‌تر که کمتر برعلیه خود اوهستند، هدایت می کند. (الیس ۱۹۷۹)

تمرین مشاوره

تکنیک‌های عمده

روشهای شناختی مشاوران منطقی ـ هیجانی در فرایند هدایت مراجعان به سمت اینکه اختلافات خود را ببینند (ABC) وباعقاید نامعقول خود نزاع کنند (D) از تکنیك‌های درمان‌شناختی استفاده زیاد می کنند. از آن جمله تحلیل منطقی و فلسفی تعلیم، جدال دربارهٔ افکار جادویی، پیشنهادات حواس‌پرتی عمدی و حتی تمرین توقف فکر را می توان نام برد. مشاور ازمراجع می‌خواهد ثابت کند که عصبانی بودن «بد» و «وحشتناك» است و

1. Greiger

نشان بدهد که عصبانی شدن شخص را بی ارزش می کند. (الیس ۱۹۷۹)

به عنوان مثال الیس توصیه می کند که برای کشف عقاید نامعقول (IB) کارهای زیر را انجام دهید. (الیس و گریگر ۱۹۷۷، صفحه ۱۰):

۱. *به کارهای بد و وحشتناك خود نگاه کن و از خود بپرس «فکر می کنم که در رابطه با احساسم نسبت به... چه چیزی بد و وحشتناك است؟»*

۲. *چیزی را پیدا کن که فکر می کنی تحمل آن غیر ممکن است و از خود بپرس «چه چیزی در این مورد (رویداد فعال کننده) وجود دارد که تحمل آن را غیر ممکن می کند.»*

۳. *بایدهای خود را جستجو کن و از خود بپرس «من چه چیزی را باید به خودم در مورد این وضعیت به طور مستمر بگویم؟»*

۴. *لعنت هایی را که به خودت و دیگران می کنی، جستجو کن و از خودت بپرس «با چه روشی دیگران را در رابطه با... محکوم یا تحقیر می کنم؟»*

بعلاوه مشاوران درمان منطقی ـ هیجانی به مراجعان خود دقت منطقی و معنای دقت را تعلیم می‌دهند و به آنها نشان می‌دهند که چگونه «فرم کمك منطقی به خود» را پر کنند و به آنها مهارتهای میان‌فردی (اجتماعی) نظیر ابراز وجود را می آموزند. (الیس ۱۹۷۹)

روشهای فراخوان هیجانی درمان منطقی ـ هیجانی مراجعان خود را بی‌قید و شرط و بدون توجه به رفتارشان می‌پذیرد. همان طور که الیس توضیح داده است (۱۹۷۹) این روش بسیار شبیه به «توجه مثبت بی‌قیدوشرط» راجرز است (۱۹۵۱). اما به هر حال به‌نظر می‌رسد که شیوهٔ ارتباطی پذیرش الیس با روش ارتباطی توجه راجرز اختلاف کمی دارد. مشاور منطقی ـ هیجانی همچنین از ایفای نقش، نمونه‌سازی نصیحت گویی، شوخ‌طبعی، تمرینهای حمله به خجالت و انواع دیگری از تمرینهای مواجهه نظیر ریسك کردن و تمرین باز و بی‌پرده بودن استفاده می کند. (الیس ۱۹۷۹)

روشهای رفتاری درمان منطقی ـ هیجانی تکالیف رفتاری عینی به مراجع می‌دهد. این تکالیف رفتاری است زیرا که مراجع باید کاری را انجام دهد نه اینکه چیزی را بخواند و تکالیف عینی است زیرا کاری در جهان واقعی و نه در عالم تخیل انجام می‌شود. روشهای شرطی شدن عامل، بویژه به شکل روشهای کمك به خود به طور وسیعی از طرف

مشـاوران منطقی ـ هیجانی مورد استـفاده واقع می‌شـود. روشهـای آرمیـدن و دیگر انواع روشهای کاهش‌دهنده تنش، اغلب در ارتباط با روشهای شناختی و هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. بالاخره تصویرسازی ذهنی منطقی ـ هیجانی (مالتزبای[1] ۱۹۷۱) با روشهای شناختی، هیجانی و رفتاری ترکیب می‌شود.

پارامترهای درمان

محلّی که در آن درمان منطقی ـ هیجانی صورت می‌گیرد شبیه به محل‌های بیشتر رویکردهای مدرن است. بسیاری از جلسات فردی در محل کار درمانگر برگزار می‌گردد. برای درمانگر RET این یك محیط نسبتاً غیررسمی است: هم اتاق و هم درمانگر غیررسمی «لباس» می‌پوشند. تنها وسیله این اتاق ضبط صوت است (معمولاً مراجع تشویق می‌گردد که ضبط صوت خود را با خود به جلسه بیاورد.)

مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از الیس (۱۹۷۷، صفحات ۲۶۵ـ۲۵۸)

جیم در جلسه چهارم سؤال می‌کند که «چرا نباید انتظار داشته باشم که کارها بروفق مراد من انجام شود؟» «چرا نباید برای به دست آوردن آن چیزی که می‌خواهم تلاش کنم؟»

درمانگر: ابداً، دلیلی وجود ندارد. کاملاً این حق توست تا آنچه را که دوست داری و هر وقت که دلت می‌خواهد، بخواهی. اما متأسفانه تو داری یك کار اضافی انجام می‌دهی که آن کار مشروعیت ندارد.

بیمار: آن چیست؟ آن چیز غیرمشروع چیست؟

درمانگر: تو چیزی را که می‌خواهی فقط در حد خواستن نمی‌خواهی بلکه آن را تمنا و تقاضا می‌کنی. تو ابتدا یك خواسته درست و عاقلانه‌ای را عنوان می‌کنی اما به طور احمقانه‌ای بعداً آن را به یك اجبار و ضرورت مطلق تبدیل می‌کنی. این کار را به خاطر پرهیز از محاکمه خودت برای جرمهایی که مرتکب شده‌ای انجام می‌دهی.

1. Maultsby

بیمار: چرا؟ این کار احمقانه است؟

درمانگر: دلیلش ساده است زیرا در درجه اول اصولاً هر گونه تقاضای مفرط یا باید احمقانه است. خواستن چیزی که به آن اشتیاق و علاقه داری، زمانی خوب است که بدانی ممکن است نتوانی آن را به دست بیاوری. اما به محض آنکه آن خواسته را به حد مفرط تقاضا و تمنا کنی در این صورت آن را به یك ضرورت و اجبار تبدیل می کنی و آنگاه تحمل به دست نیاوردن آن را نداری. در آن صورت یا دست به کار مذبوحانه‌ای برای به دست آوردن آن می‌زنی ـ همان طور که همیشه با رفتارهای ضداجتماعیت این کار را کرده‌ای ـ و یا اینکه خودت را عصبانی می کنی و بیش از حد درمانده و به خاطر به دست نیاوردنش مضطرب می‌شوی. در هر دو صورت تو بازنده هستی.

بیمار: فرض کنیم که من بتوانم هر آنچه که می خواهم به دست بیاورم.

درمانگر: عالی است. این زمانی خوب است که بتوانی آن را به دست بیاوری و علیه اهداف خودت قیام نکنی. مثلاً در این مورد فکر کن که بازداشت و توقیف شده‌ای و می‌توانی از آن فرار کنی (که البته بعید به نظر می‌رسد، مگر برای مدت کوتاهی.) آنوقت آیا با فرار کردن از همه چیزها و همه کسانی که دوست داری و مثلاً رفتن به آمریکای جنوبی نهایتاً چیزی به دست می آوری؟

بیمار: شاید نه.

درمانگر: شاید؟ بعلاوه بگذار لحظه‌ای فرض کنیم که تو واقعاً توانسته‌ای از بازداشت فرار کنی و امکان گیر افتادن تو وجود ندارد و تو هم در یك حالت ترس دائم زندگی نمی کنی؛ آن وقت آیا کار خوبی کرده‌ای؟

بیمار: بله به نظرم کار خوبی برای خودم کرده‌ام. چه چیزی می توانم بیشتر از این بخواهم؟

درمانگر: تو خیلی بیشتر از این می توانی بخواهی. اینکه تو بیشتر نمی خواهی به من ثابت می کند که آدم مریضی هستی.

بیمار: یعنی چه مریضم؟ این چه چرندیاتی است که تحویل من می‌دهی؟

درمانگر: من می توانم خیلی اخلاقی و مؤدب صحبت کنم و اگر تو از این حرفهای من فرار کنی در واقع داری در به وجود آوردن دنیایی که آن را دوست نداری کمك می کنی.

ممکن است بتوانی از بازداشت فرار کنی البته دیگران هم می‌توانند؛ آن‌وقت تو داری در دنیایی زندگی می کنی که در آن دنیا دزدها می توانند از بازداشت فرار کنند؛ دیگر چه کسی می‌خواهد در یك چنین دنیایی زندگی کند؟

بیمار: فرض کن بگویم که برایم اشکالی ندارد که در یك چنین دنیایی زندگی کنم. در واقع من آن دنیا را دوست دارم.

درمانگر: خوب درست. تو می توانی این حرف را بزنی و حتی منظورت هم همین باشد ـ اگر چه من تردید دارم که تو واقعاً ازروی فکر این حرف را زده باشی ـ اما بگذار فرض کنیم که واقعاً این کار را بکنیم آنوقت من آن استدلال اخلاقی و مؤدبانه را با شخص غیر اخلاقی و بی گناهی مانند تو در میان نخواهم گذاشت. اما هنوز یك استدلال دیگر و بهتر وجود دارد؛ استدلالی که مردمی مثل شما معمولاً به آن آشنایی دارند.

بیمار: و آن چیست؟

درمانگر: سرسختی تو.

بیمار: سرسختی من؟

درمانگر: بله پوست کلفتی و سرسختی تو.

بیمار: من نمی‌فهمم راجع به چه چیزی صحبت می کنی.

درمانگر: ساده است فرض کن همان طور که گفتم تو حقیقتاً بی گناه باشی. فرض کن که تو مثل لوسیانوی خوشبخت و کسان دیگری که به نظر می‌رسد واقعاً علی‌رغم جنایت آزاد می گردند سرسخت باشی و هیچ اعتنایی به دیگرانی که از دست کارهای تو رنج می‌برند، نکنی و توجه نکنی که تو در به‌وجود آوردن چه دنیایی داری کمك می کنی. در آن صورت آیا می توانم بپرسم که ـ تو شخصاً ـ چگونه سرسخت شدی و همان طور هم باقی ماندی؟

بیمار: چه فرقی می کند که چگونه سرسخت شدم تا وقتی که این طور هستم.

درمانگر: آه، اما حتماً فرق می کند.

بیمار: این لعنتی چطوری فرق می کند؟

درمانگر: درست مثل این. تنها راهی که بتوانی گناهکار نباشی و بتوانی تحت شرایطی که

تشریح کردیم سرسخت باقی بمانی این است که دائماً فرار کنی و دیگران را آزار بدهی و پاداش کارهای جنایتکارانهٔ خود را نبینی این است که همواره خصومت و دشمنی بورزی، با بیزاری، تنفر و نفرت از جهانی که تو بر علیه آن رفتار جنایتکارانه‌ای داشته‌ای فرار کنی.

بیمار: آیا من نمی‌توانم بدون اینکه از دیگران متنفر باشم فرار کنم. چرا نمی‌توانم؟

درمانگر: احتمال زیادی وجود ندارد، چرا باید فرد بدون تنفر از دیگران کاری بر علیه آنها انجام دهد؟ چگونه یك شخص نمی‌تواند حداقل نگران نظم اجتماعی خودخواهانه‌ای که خود آفریده است نباشد. مگر آنکه با رفتار دفاعی و تنفرآمیز خود نسبت به دیگران نگرانی بالقوه خود را کاهش دهد.

بیمار: نمی‌دانم چرا نتواند؟

درمانگر: آیا تو توانسته‌ای؟

بیمار: منظور شما این است که آیا من توانسته‌ام که...؟

درمانگر: دقیقاً داستانهای بسیاری از دروغ گویی‌های تو به دیگران وجود دارد. اینکه دیگران را به سمت کارهایی که نمی‌خواستند انجام بدهند هدایت می‌کردی. و هدایت غلط تو که براساس احساسات تو نسبت به آنان بود به عنوان مثال دخترهایی که تو آنها را فریب دادی و بعد ترك کردی شرکای تو در این جنایت که به آنها خیانت کردی، والدینی که پس از شکستن قول خود نسبت به آنها به کمکشان احتیاج داشتی: آیا اسم این کارها را عشق می‌گذاری؟ یا عاطفه و مهربانی؟

بیمار: خوب نه، دقیقاً نه.

درمانگر: دشمنی، تنفر و احساس بدی که نسبت به این افراد داشتی و آن را به طور دائم حفظ می‌کردی، آیا اهمیتی نمی‌دادی در حالی که جنایت پشت جنایت انجام می‌دادی. آیا در این مورد احساس خوبی داشتی؟

بیمار: خوب، بعضی وقتها، باید اعتراف کنم که بعضی وقتها احساس خوبی داشتم.

درمانگر: بله بعضی وقتها، آیا واقعاً در اعماق قلبت احساس خوشی، شادی، شادمانی،

خوشحالی نسبت به مردم داشتی، می‌خواستی از آنها متنفر باشی. احساس می‌کردی که آنها به لعنت سگ هم نمی‌ارزند و می‌خواستی بر علیه آنها توطئه کنی و نقشه بریزی.

بیمار: نه فکر نمی‌کنم. نه همیشه.

درمانگر: اغلب اوقات این طور بوده است؟

بیمار: آه، نه، باید اعتراف کنم بندرت.

درمانگر: این جواب توست؟

بیمار: مقصود شما این است که من با تنفر از دیگران سرسخت شده‌ام و در جریان این کارها فقط به خودم صدمه می‌زنم.

درمانگر: آیا این طور نیست؟ واقعاً این طور نیست؟ آیا این سرسختی تو را نمی‌رساند؟ - مثل لامپهایی که از پوست انسان به وسیله نازی‌ها درست شده بود - پوستی که از تنفر تو نسبت به دیگران درست شده و تغذیه می‌کند؟ آیا این تنفر تو در بلندمدت باعث فساد تو نشد؟

بیمار: هوم، تو به من چیزی گفتی که مرا به فکر واداشت.

درمانگر: بسیار خوب در موردش فکر کن.

پس از بیست و دو جلسه درمان منطقی - هیجانی، بالاخره، بیمار توانست اعتراف کند و ضمن احساس شکست به اشتباهات رفتار جنایتکارانه خود پی ببرد و اینکه قادر نبود به آن رفتارها حمله کند. شاید به خاطر اینکه می‌ترسید نتواند آنها را تغییر دهد. از آن پس درمانگر به فلسفه‌ای که پشت این احساسات بود حمله می‌کند.

کاربرد

الیس و گریگر (۱۹۷۷) بعضی از کاربردهای رویکرد منطقی - هیجانی را بیان داشتند: نظیر سکس درمانی، ازدواج درمانی، گروه‌درمانی، جرأت‌آموزی، درمان روان‌پریشی، روان‌نژندی، افسردگی، روان‌درمانی کودك و تعلیم و تربیت. الیس اعلام می‌دارد که درمان منطقی هیجانی برای همه سودمند نیست اما در عین‌حال تنها استثنای آن کسانی هستند که روان درمانی برای آنها مفید نیست. (مثل اسکیزوفرن)

نقـد

پشتوانه پژوهشی

درمان منطقی ـ هیجانی باعث ایجاد فعالیت‌های تحقیقاتی قابل توجه‌ای شده است. نتایج این تحقیقات و همچنین متن ادبیات رو به رشد موجود در زمینه‌های ذیربط، پشتوانه‌ای برای سودمندی رویکرد منطقی ـ هیجانی است. به طور مشخص تحقیقات ثابت می کند که:

۱. درمان منطقی ـ هیجانی برای مردمی که درونگرا هستند از درمان مراجع محوری مؤثر تر است. (دی لورتو[1] ۱۹۷۱)

۲. در کاهش اضطراب عمومی یا فراگیر، مؤثر تر از حساسیت‌زدایی منظم است. (کانتر[2] ۱۹۷۵)

۳. به نظر می‌رسد که ترکیبی از درمان شناختی و رفتاردرمانی برای درمان افسردگی مؤثر ترین روش باشد. (راش[3]، خاتمی[4] و بك[5] ۱۹۷۵)

۴. تأثیر نسبی درمان منطقی ـ هیجانی در مقابل آموزش ابراز وجود ناهمخوان است و تحقیقات محدود و بی‌پایه‌ای در این مورد وجود دارد. (تیگرمن[6] ۱۹۷۵، والف[7] ۱۹۷۵)

کسانی که درمان نطقی ـ هیجانی را به کارمی گیرند معتقدند که این درمان برای مراجعانی که وضعیت اقتصادی اجتماعی بالایی دارند. مؤثر است (همه درمانها این طور است) در عین حال ممکن است که برای مراجعان با شرایط اجتماعی و اقتصادی پایین این روش نسبت به دیگر روشهای درمان مؤثر تر باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که مراجعان با

1. Diloreto
2. Kanter
3. Rush
4. Khatami
5. Back
6. Tiegerman
7. Wolfe

شرایط اجتماعی اقتصادی پایین اغلب درمان خود را به خاطر رفتار غیر رهنمودی و غیرمتمرکز بر هدف درمانگران رها می کنند. (هیتلر[1] ۱۹۷۶) بعلاوه مراجعان دارای موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی پایین انتظار دارند که درمانگر فعال و رهنمودی عمل کند. در نتیجه ممکن است این طور فرض شود که این نوع مراجعان ممکن است با درمان منطقی-هیجانی بهتر رفتار کنند و یا کمتر درمان را رها کنند. این حدس نیاز به تحقیقات منظم بیشتری دارد.

اگرچه درمان منطقی ـ هیجانی تحقیقات زیادی را موجب گردیده است اما بیشتر آن تحقیقات از محدودیتهای روش شناسی که گریبانگیر بسیاری از تحقیقات روان درمانی است، رنج می‌برد. نظیر عدم وجود کنترلهای گروهی، فقدان مقایسه با دیگر روشهای درمان، ناکافی بودن تعداد موضوعات، متغیرهایی که ضعیف تعریف شده‌اند، ابزار ضعیف روان‌سنجی، دوران کوتاه درمان، ناکافی بودن آموزش درمانگر. با اینکه نتایج مثبت و امیدوار کننده است اما با نتیجه‌گیری فاصله دارد. (دی گیوسیپی[2] ۱۹۷۷، ماهونی[3] و آرنکوف[4] ۱۹۷۸)

ارزیابی

من نمی‌توانم حتی یك مراجع را به خاطر بیاورم که با او کار کرده باشم، و او از نوعی افکار تخیلی یا مطلق و یا نوعی سرزنش (سرزنش خود یا دیگران) رنج نبرده باشد. من اطلاعی از حتی یك مشاوره موفق ندارم که این نوع «افکار بد» در آنها کم یا حذف نشده باشند. اما به هر حال من نسبت به روش الیس برای رهایی مراجعان خود از این دشمنان، نظراتی دارم. اینکه استدلال کردن معمولاً به مقاومت منتهی می‌شود و نه به اطاعت و در درمان اطاعت کافی نیست. همچنانکه پاترسون[5](۱۹۸۰) اشاره داشت به اینکه موفقیت الیس با مراجعانش احتمالاً بیشتر به خاطر وجود علاقمندی آشکار او

1. Heitler
2. Di Giveseppi
3. Mahoney
4. Arnkoff
5. Patterson

بوده است تا نزاع و جدل، و بیشتر به خاطر رابطه او بوده است تا ABC او.

من فکر می کنم که یك مشاور، لازم است از «افکار بد» و «ایدئولوژی جبری» آگاه باشد؛ وخوب است مردم «مستقیم» فکر کنند و زندگی خود را اداره نمایند. من فکر می کنم که در بلندمدت مجادله کردن با مردم برای تأیید یا تکذیب چیزی نمی تواند مهم و یا خیلی مؤثر باشد.

فصل ششم

واقعیت درمانی

گلاسر[1] مانند اکثر کسانی که دیدگاهشان در این کتاب مورد بحث و بررسی قرار گرفته است، شاگرد مکتب روانکاری بود. اما مکتب واقعیت درمانی شاید کمتر از بقیه نظریه‌ها ریشه در روانکاوی دارد. گلاسر مردی است که ما را به سوی یك زندگی فعال، چه از نظر جسمانی یا هیجانی و عقلانی هدایت می کند او در دیدگاه خود در کار مشاوره نشان می دهد که علاقه‌مند است به: آنچه که انجام می دهید، ایجاد درگیری هیجانی با شما و آگاهی شما از دنیای واقعی.

در مطالعات اولیه، این مکتب آنقدر ساده می نماید که به نظر مهم و با اهمیت نمی‌رسد و آنقدر آسان می‌نماید که مؤثر به نظر نمی‌رسد. اما به خواندن مطالب مربوط به واقعیت درمانی ادامه بدهید شما در دنیایی واقعی زندگی می کنید. اعمال شما پیامدهایی دارد. شما آقا یا خانم دنیای خودتان هستید و یا می توانید باشید. چه دوست داشته باشید و چه نداشته باشید دو بعلاوه دو می‌شود چهار. نظام بینش‌ها و اعمال ما بر این اساس و دیگر واقعیت‌هایی که می توانند قابل توجه و مؤثر باشند بنا شده‌اند.

---

1. Glasser

تحول تاریخی

زمینه شخصی

ویلیام گلاسر در سال ۱۹۲۵ در کلیولند اُهایو[1] به دنیا آمد. او دوران کودکی و نوجوانی خودرا در آنجا گذراند. در واقع می توان گفت تمام دوران تحصیل خودرا. او مدرك کارشناسی خودرا در مهندسی شیمی، کارشناسی ارشدرا در روان‌شناسی بالینی و همچنین مدرك پزشکی خودرا (۱۹۵۵) از دانشگاهی[2] در کلیولند اخذ کرد. او زمانی که دانشجو بود ازدواج کرد؛ سپس به دانشگاه کالیفرنیا در لوس آنجلس برای گرفتن تخصص در روانپزشکی منتقل شد.

آخرین سال تخصص او در بیمارستان سازمان حرفه‌ای غرب لوس آنجلس[3] سپری شد. به نظر او برنامهٔ آنجا نمونه کلاسیك روانپزشکی بود. در این بیمارستان تعداد کسانی که مرخص می‌شدند دو بیمار در یك سال بود. گلاسر روشهای جدیدرا در آنجا آزمایش کرد. گرچه که مدیر بیمارستان اورا تشویق می کرد ولی همکلاسی‌هایش در دانشگاه از این کار او چندان راضی نبودند. لذا شغل تدریس در دانشگاه را به او دادند.

در همین سالها بود که (۱۹۵۷) در یك محل جدیدالاحداث دولتی که برای نگهداری دختران نوجوان بزهکار در ونتورای کالیفرنیا درست شده بود، شغل سرپرستی روانپزشکان آنجارا به گلاسر پیشنهاد نمودند. او تصور می کرد که این مکان محل مناسبی برای به کار گیری افکار او که در بیمارستان قبلی (VA) رشد و توسعه داده است. برنامه او شامل مسئولیت دادن به خود دختران در مورد شرایط و وضعیتی که در آن زندگی می کردند بود. ضمناً پیامدهای رفتار غیرقابل قبول زودتر از موقع بیان می گردید. عذر و بهانه پذیرفته نمی‌شد. تنبیه حذف گردید. این کار گلاسر مؤثر بود. دختران احساس مسئولیت بیشتری می کردند و میزان تکرار کارها به ۲۰ درصد تقلیل یافت. گلاسر به مدیر قبلی خود نیز کمك کرد تا برنامه‌ای مشابه را در بیمارستان قبلی انجام دهد. تنیجه کار قابل توجه بود.

---

1. Cleveland,Ohio
2. Case Western Reserre University
3. West Los Angeles Veterans Administration

درصد کسانی که از بیمارستان مرخص شدند از دو بیمار در سال به صد بیمار در چهار سال افزایش یافت.

در سال ۱۹۶۱ گلاسر اصول اولیه واقعیت درمانی را تدوین و در اولین کتاب خود آن را منتشر ساخت، در کتاب «سلامت روانی یا بیماری روانی»؟ مفاهیم این کتاب بعدها بسط و توسعه یافت و به صورت کتاب واقعیت درمانی منتشر گردید. (۱۹۶۵)

در سال ۱۹۶۵ کمی بعد از انتشار این کتاب گلاسر مؤسسه «واقعیت درمانی» را تأسیس نمود. تا در آن مؤسسه درمانگرانی را تربیت کند. بتدریج مردم با کارهایش آشنا شدند و مدارس از او برای مشورت دعوت کردند. او توانست روش خود را در مکانهای آموزشی نیز به کار گیرد و براساس همین تجربیات بود که کتاب مدارس بدون شکست را منتشر ساخت (۱۹۶۹) و «مرکز آموزش پرورشکار» را تأسیس نمود. در این مرکز معلمان شیوهٔ واقعیت درمانی را آموزش می‌دیدند. او سپس چندین کتاب دیگر هم چاپ کرد، از جمله آنها جامعه با هویت (۱۹۷۲) اعتیاد مثبت (۱۹۷۶) ایستگاههای مغز (۱۹۸۱) که جزء کارهای اصلی او محسوب می‌شوند. گلاسر اخیراً به ریاست مؤسسه واقعیت درمانی در لوس آنجلس منصوب گردید. او بیشتر وقت خود را صرف سخنرانی در مؤسسات و کارگاههای مختلف در سر تاسر آمریکا می‌کند. (السون[1] ۱۹۷۹)

زمینهٔ نظری

از جمله کسانی که نظریاتشان بر افکار گلاسر اثر گذاشت، پل دوبویس[2] پزشک سویسی بود که روشی به نام «اخلاقی کردن پزشکی» را پایه گذاری کرد. (گلاسر و زونین[3] ۱۹۷۳)

گلاسر به بیماران خود فلسفه زندگی را می‌آموزد و تکیه او بر افکار مربوط به سلامت و تندرستی است و نه مرض و بیماری. بسیاری از افکار گلاسر شبیه به افکار آدلر و آدولف مایر[4] و آبراهام لا[5] اهل آمریکاست. البته تأثیر افرادی که نام برده شدند به صورت

1. Elson
2. Paul Du Bois
3. Zunin
4. Adolph Meyer
5. Abraham Law

غیرمستقیم بود زیرا تا سال ۱۹۶۵ گلاسر هیچ یك از کارهای آنها را مطالعه نکرده بود. از دیگر کسانی که به صورت غیرمستقیم بر افکار گلاسر اثر گذاشتند مورر [1] نویسنده معاصر، (درمان کامل او شامل برخی از اصول اخلاقی کردن می‌شود.) توماس زاس [2] (پزشکی که تصمیم گرفت «اسطوره بیماری روانی» را منسوخ نماید.) و نورمن وینسنت پیل [3] (واعظی که از «قدرت تفکر مثبت» دفاع و طرفداری می کرد.) اگرچه گلاسر تحت تأثیر این افراد و دیگر نویسندگان قرار داشت، اما او اصرار داشت که واقعیت درمانی یك نظام بی نظیر و مستقل است. (گلاسر و زونین ۱۹۷۳)

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

خود ارزشمندی(self-worth)، که به آن عزت نفس و یا حرمت نفس هم می گویند. خود ارزشمندی مستلزم این است که افراد رفتار خود را در صورتی که به نُرم نرسید، ارزیابی کنند و کاری در جهت تصحیح آن انجام دهند.

استقلال(autonomy)، قدرت کنار گذاشتن پشتیبانی‌های محیطی و جانشین کردن آن با حمایتهای روانی درونی فرد و همچنین قدرت روانی فرد برای روی پای خود ایستادن را استقلال می نامند.

تعهد(commitment)، پس از اینکه یك مراجع، دربارهٔ رفتارش قضاوت ارزشی کرد و تصمیم به تغییر آن گرفت، واقعیت درمانگر از او می خواهد که به درمانگر تعهد بدهد که این برنامه را اجرا می نماید.

درست یا صحیح(right)، گلاسر اعتقاد دارد که یك نرم یا استانداردی وجود دارد که با آن می توان رفتار را اندازه گیری کرد و چنانچه رفتار یك شخص به این استاندارد برسد صحیح تلقی می گردد و در غیر این صورت غلط.

1. O. H. Mowrer
2. Thomas Szaz
3. Norman vincent peale

درگیری(involvement)، بنا به نظر گلاسر «درگیری» اساساً همان همدلی است با این تفاوت که درگیری شامل ارتباط توأم با همدلی نیز می‌شود و نه فقط حضور آن.

دوست داشتن(love)، گلاسر براساس تأکیدی که بر رفتار دارد، دوست داشتن را آن چیزی می‌داند که مردم انجام می‌دهند و نه آنچه که احساس می‌کنند «دوست داشتن یك علاقه و درگیری سخت و بی‌امان است.» (ریلی[1] ۱۹۷۳، صفحه ۱۷)

قضاوت ارزشی(value judgment)، واقعیت درمانی از فرد می‌خواهد دربارهٔ اینکه رفتارش مسئولانه است یاخیر، قضاوت ارزشی نماید. چنانچه رفتارش مسئولانه نباشد، برای تغییر آن برنامه‌ریزی کند.

مسئولیت(respossibility)، گلاسر مسئولیت را به عنوان توانایی فرد برای تأمین نیازهایش تعریف می‌کند که این کار به گونه‌ای صورت می‌گیرد که درعین حال دیگران را از ارضای نیازهایشان محروم نمی‌کند. واقعیت درمانگران مسئولیت را معادل سلامت روان می‌دانند.

واقعیت(reality)، واژه‌ای است که دربرگیرندهٔ رفتار کنونی فرد است. گلاسر از واقعیت یك دیدگاه پدیدارشناختی ندارد.

هویت(identity)، عبارت است از نیاز به احساس جدا و متمایز بودن از دیگر موجودات زنده، به نظر گلاسر این نیاز تنها نیاز روانی اساسی انسان است که همه مردم در همه فرهنگها از بدو تولد تا مرگ دارا می‌باشند.

هویت شکست(identity, failure)، کسانی که نتوانسته‌اند رابطه نزدیك و شخصی با دیگران ایجاد کنند و مسئولانه عمل نمی‌کنند و احساس درماندگی و ناامیدی و بی‌ارزشی می‌کنند، دارای هویت شکست هستند.

هویت موفق(identity, success)، کسانی که:

الف. خود را اساساً توانا، لایق و باارزش تعریف می‌کنند.

ب. قدرت دارند که محیط خود را تحت تأثیر قرار داده و اعتماد کافی برای ادامه

1. Reilly

زندگیشان دارند.

ج. نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن را تأمین کرده‌اند، به عنوان افرادی که دارای هویت موفق هستند تلقی می گردند.

ماهیت انسان

«واقعیت درمانی بر این فرض بنا شده است که همهٔ انسانها در فرهنگهای مختلف از تولد تا مرگ نیاز روانی دارند و آن نیاز به داشتن هویت است. نیاز به اینکه احساس کند او به گونه‌ای جدا و متفاوت از دیگر موجودات زنده‌ای است که روی زمین زندگی می کنند». (گلاسر و زونین ۱۹۷۳، صفحه ۲۹۲)

دیدگاه گلاسر از ماهیت انسان احتمالاً در رویکرد تعلیم و تربیتی او آشکار می‌شود. به نظر گلاسر (۱۹۶۹) تعلیم و تربیت سنتی دانش آموز را نوعی سطل خالی می‌بیند که معلم قرار است مسیل واقعیت‌های بی‌پایان را در درون آن سرازیر کند. بسیاری از این واقعیت‌ها با زندگی دانش آموزان نامربوط هستند که خود آنها واقعیتی نامربوط یا بی‌ربط تلقی می‌شوند. در نظام سنتی تأکید بر معلم است نه دانش آموز. از طرف دیگر در نظام گلاسر معلم یك تسهیل کنندهٔ یادگیری است و نه نسخه پیچ واقعیت‌ها (راجرز ۱۹۶۹) و تأکید بر دانش آموز و رشد و پیشرفت او درمورد مهارتهای حل مشکل و تفکر منتقدانه است. گلاسر مانند راجرز (۱۹۶۹) معتقد است که انسانها (بخصوص دانش آموزان) ظرفیت و توانایی استفاده از استعدادهای خود جهت یادگیری و رشد را دارند. هر انسانی درنهایت، خودمختار است. چنانچه افراد بیشتر بر تصمیمات خود متکی باشند تا بر شرایط آنوقت آنها با احساس مسئولیت بیشتری زندگی می کنند و زندگی موفق و ارضاکننده‌تری خواهند داشت. طبق نظر گلاسر انسانها یعنی آنچه که انجام می‌دهند و آنها آنچه را که تصمیم می گیرند، انجام می‌دهند. چنانچه از زندگی خود ناراضی باشند می توانند تصمیم دیگری برای تغییر آن بگیرند. (السون ۱۹۷۹)

از آنجایی که ما همان هستیم که انجام می‌دهیم، پس هریك از ما باید مفهوم آنچه که هستیم را خلق کند. ما باید خود را به عنوان افراد منحصر بفرد و جدا از دیگران تعریف کنیم. ما باید به خاطر داشته باشیم که در هر صورت وقتی گلاسر بر هویت جدا و یگانه

برای هر فردی تأکید می کند، مفهوم حرفهای او همان است که آدلر آن را «علاقه اجتماعی» نام نهاد. هویتی که گلاسر از آن دفاع می کند مخالف و ضد بقیه انسانها نیست بلکه در عوض خودپنداره یگانه‌ای است که درگیری با دیگران را تسهیل می کند. این نیاز به داشتن هویت در همه فرهنگها وجود دارد.

گلاسر دو نوع هویت را از یکدیگر متمایز می‌سازد: هویت موفق و هویت شکست. انسانهایی که هویت موفق دارند خود را توانا، با کفایت و با ارزش می‌دانند عقیدهٔ آنها در مورد خودشان این است که قدرت مقابله با محیط را دارند و اعتماد به نفس و توانایی هدایت زندگی خود را نیز دارا می‌باشند. انسانهایی که هویت شکست دارند خود را ناتوان، بی کفایت و بی‌ارزش می‌بینند. (گلاسر و زونین ۱۹۷۳)

گلاسر (۱۹۷۲) معتقد است که جامعه گرایش به سوی تعیین هویت دارد. «و این بدان معناست که مردم کمتر از گذشته برای دستیابی به اهدافی که به آنها در سلسله مراتب قدرت امنیت می‌دهد مشتاق هستند. به عبارت دیگر مردم امروز بیشتر در پی ایفای نقش مستقل و اهمیت دادن به هویت خود هستند.

ساختار شخصیت

گلاسر دیدگاه مقدسی از شخصیت دارد. او مفهوم فروید در مورد تقسیم‌بندی روان به عناصر ساختاری و سائقهای ناهوشیار را رد می‌نماید. او معتقد است که نیاز به داشتن هویت به ارث برده می‌شود. (گلاسر و زونین ۱۹۷۳)

گلاسر دو نیاز اساسی و بنیادی را شناسایی کرد «نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن و نیاز به احساس ارزشمندی» چه در رابطه با خود و چه در رابطه با دیگران؛ (۱۹۶۵، صفحه۹) اگرچه این دو نیاز از هم جدا هستند اما معمولاً وابسته به هم عمل می کنند. فردی که یکی از این نیازها را ارضا کرده باشد مثل این است که دیگری را هم ارضا کرده است. در هر صورت در رابطه با احساس ارزشمندی چه فرد را دوست بدارند و یا ندارند، او می‌بایست استانداردهای رضایتبخشی از زندگی را به دست آورد. معنی این مطلب تصحیح رفتار غلط و امتیاز دادن به خود زمانی که رفتار درستی را انجام می‌دهد، می‌باشد. (گلاسر ۱۹۶۵)

رشد شخصیت

رشد شخصیت نتیجه کوشش ارگانیزم برای ارضای نیازهای اساسی است. کسانی که یاد می‌گیرند تا این نیازها را ارضا نمایند، به صورت طبیعی رشد می‌کنند و خود را به عنوان انسانهایی موفق شناسایی می‌نمایند. کسانی که قادر به ارضای نیازهای اولیه خود نیستند، افرادی غیرمسئول قلمداد می‌شوند و خود را به عنوان انسانهایی شکست خورده شناسایی می‌نمایند. این رشد شخصیت یا هویت از طریق درگیری با دیگران به وجود می‌آید. گلاسر شخصیت را به عنوان چیزی که طی مراحل مختلفی رشد می‌کند، نمی‌داند اما بر اهمیت سنین پنج تا ده سالگی یعنی شروع ارتباطات در مدرسه تأکید می‌ورزد.

از آنجا که ما با توانایی ارضای نیازهایمان به دنیا نمی‌آییم و اصولاً این وظیفه به عهدهٔ والدین گذاشته می‌شود تا مهارتهای لازم را در این مورد به کودکان بیاموزند لذا لازم است که والدین به کودکان خود از طریق نظم و انضباط، مسئول بودن را بیاموزند. مانند تأکید بر مقررات معقول از طریق روشهای باثبات به صورت تعمدی. آنها باید از تنبیه احتراز کنند زیرا این کار نوعاً دلبخواهی صورت می‌گیرد و دمدمی و غیرمؤثر است. (دری کورز[1] و گری[2]، ۱۹۶۸، گلاسر ۱۹۷۲)

مهمترین کار والدین، درگیری آنها با کودکانشان است. (منظور از والدین پدر و مادر یا جانشین آنهاست.) به استثنای موارد غیرعادی، والدین تنها کسانی هستند که بچه‌ها برای دوست داشتن و دوست داشته شدن، دارند و کودکان حس خودارزشمندی را در تماسهای صمیمی و دوستانه با والدینشان می‌توانند رشد دهند- تماسی که شامل ارضای ارتباطات دوجانبه فیزیکی، هیجانی و فکری است.

البته درگیری سالم، شامل رابطه دوستی و عشق است. رابطه‌ای که در آن والدین به صورت فعال به کودکان خود آموزش می‌دهند، نظم و ترتیب را به صورت دمکراتیك به

1. Driekurs
2. Grey

آنها یاد می‌دهند (نه تنبیه) و به آنها اجازه می‌دهند که خودشان از طریق تجربه کردن یاد بگیرند. چنین تربیتی موجب خلق محیطی می‌شود که در آن کودك قادر خواهد بود که هویتهای موفق را بنیانگذاری نماید.

گلاسر تأکید می کند که معلم‌ها باید با دانش آموزان خود درگیر شوند، آموزش را مرتبط و مناسب نمایند و باعث شوند که دانش آموزان تجربیات موفقی در مدرسه داشته باشند. چنانچه والدین کودکی تجربیات یادگیری ضعیفی را در خانه برای او تدارك ببینند آنوقت آموزگاران این نفوذ و تأثیر را دارند که تجربیات مثبتی را در مدرسه فراهم سازند تا به کودك در به دست آوردن هویت موفق کمك کنند.

محیط مناسب خانه و مدرسه باعث رشد طبیعی کودك می‌شود. رشد طبیعی منجر به بالیدگی می‌شود ـ یعنی توانایی روانی برای ایستادن بر روی پاهای خود. افراد بالیده خود را به عنوان اشخاصی موفق شناسایی می کنند و مسئولیت آنچه که هستند و آنچه که انجام می‌دهند و آنچه که می‌خواهند را به عهده می گیرند. آنها همچنین قادرند که برنامه‌های مسئولانه را برای رسیدن به این اهداف و ارضای نیازهای خود تدارك ببینند. (السون ۱۹۷۹، گلاسر ۱۹۶۵، گلاسر و زونین۱۹۷۳)

رشد رفتار ناسازگار

زمانی که انسانها نتوانند یکی یا هر دو نیاز خود را (نیاز به دوست داشتن و نیاز به ارزشمند بودن) ارضا نمایند، آنوقت درد روانی را تجربه می کنند. درد (اضطراب) وجود مشکل را علامت می‌دهد و فرد را درمورد آن نیاز آگاه می‌سازد اینکه باید کاری در این مورد انجام دهد. طبق نظر گلاسر (۱۹۶۵) انسانها به طور غریزی از طریق درگیری با دیگران در جستجوی کاهش این درد هستند. چنانچه آنها در به‌وجود آوردن و حفظ درگیری با دیگران موفق شوند، درد کم می‌شود. در غیر این صورت درد افزایش می‌یابد.

شکست در درگیری با دیگران شروع یك دوره از شکست است: فقدان درگیری باعث عدم توانایی فرد جهت بر آوردن مهم‌ترین نیاز اساسی او می‌شود. این کار در عوض منجر به انکار آن نیازها و بر آن اساس انکار مسئولیت می‌شود یعنی دور شدن بیشتر فرد از درگیری با دیگران که در نهایت به سوی آنچه که گلاسر (۱۹۷۲) آن را

خـود ـ درگیری[1] نام نهاده است، هدایت می‌شود. به عنوان مثال؛ جستجو در درون فرد، درد ناشی از شکست را تسکین می‌دهد. درگیـر شـدن با خـود مـوجب به وجـود آمـدن نشـانه‌های روانی، اجتـمـاعی و فـیـزیکی می گـردد. مـانند: افـسـردگی، هراس، رفـتـار ضداجتماعی، الکلیسم وحتی بعضی از بیماری‌های جسمانی. «من معتقدم که هر نوع شرایط قابل تشخیص از نظر روانشناختی مثالی است از درگیری با افکار، رفتار، نشانه و یا هیجان فرد و یا ترکیبی از آنهاست.» (گلاسر ۱۹۷۲، صفحه ۴۷). از آنجا که این خود ـ درگیری‌ها و این نشانه‌ها جایگزین درگیری با دیگران می‌شود، گلاسر آنها را همراهان[2] می‌نامد. انسانهای خود ـ درگیر خود را به عنوان شکست خورده شناسایی می کنند. آنها یاد نگرفته‌اند که مسئولانه رفتار نمایند، آنها یاد نگرفته‌اند که نیازهای خود را به صورت واقعی بر آورده نمایند.

به نظر می‌رسد که تکوین هویت شکست در حدود سالهای چهار یا پنج سالگی صورت می گیرد. سنی که در آن بیشتر بچه‌ها وارد مدرسه می‌شوند. قبل از آن بچه‌ها خود را موفق می‌بینند زیرا آنها به طور کلی اجازه دارند که هر کاری را که می توانند انجام دهند. درمدرسه کودك باید آنچه راکه دیگران از او می خواهند، انجام دهد و اغلب این کار بدون آشکار کردن ارتباطاتش صورت می گیرد (اگر وجود داشته باشد) و زمانی که کودك کاری را که از او خواسته بودند، انجام ندهد، برچسب شکست خورده دریافت می کند.

گلاسر معتقد است که دیگران ـ بخصوص والدین و معلمان ـ ممکن است به نوعی مسئول شکست اولیه کودك باشند. منظور، شکست در یادگیری برای بر آوردن نیازهایش است. اما آنها هیچ مسئولیتی را برای شکست کنونی آن فرد در یادگیری قبول نمی کنند: در این نظریه مهم نیست که مشکل در کودکی شروع شده باشد یا دیروز، آنچه که مهم است این است که فرد درحال حاضر شکست خورده است. تقریباً درهر موردی مشکل مربوط به زمان حال است زیرا حالا ما تنها و شکست خورده هستیم. (گلاسر ۱۹۷۲، صفحه ۵۶)

---

1. self - involvement
2. companions

همه انسانها باید مسئولیت رفتار کنونی خود را به عهده بگیرند. صادقانه به رفتار خود توجه کنند و مشخص نمایند که آیا این رفتار در ارضای نیازهای آنها کمکی می کند. (گلاسر ۱۹۶۵، ۱۹۶۹، ۱۹۷۲، گلاسر، و زونین ۱۹۷۳)

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

واقعیت درمانگران، معتقدند که رفتار ناسازگار می تواند تغییر یابد و مردم می توانند با دیگران درگیر شوند. کسانی که به مشاور مراجعه می کنند در جستجوی تغییر هستند زیرا انکار آنها از واقعیت، از «خود. درگیری» و از بی مسئولیتی، درد آنها را تسکین نداده است.

گلاسر می گوید که مردم می خواهند خود را موفق و مسئول ببینند و از روابط میان فردی (اجتماعی) معنی‌دار لذت ببرند. رنج بردن را که مربوط به هویت شکست است بدون تغییر هویت نمی توان ازبین برد. مثلاً تغییر در چگونگی فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن. کوشش ما برای تغییر، ریشه در درگیری معنی‌دار با دیگران دارد. تغییر در هویت فقط زمانی تحمل می‌شود که تغییر در رفتار در طول مدت زمان معینی ادامه یابد. در طول مشاوره، مشاور باید این نکته را روشن سازد که مشاوره خوشحال کردن مراجع نیست درحالی که رفتار مسئولانه این کار را می کند. تنها مراجع می تواند خود را خوشحال سازد و این کار زمانی صورت می گیرد که مراجع علاقمند به روبرو شدن با واقعیت و پذیرفتن مسئولیت باشد.

فرایند مشاوره

گلاسر (۱۹۶۵) درمان را به عنوان نوعی نوعی اصلاح اعمالی که والدین انجام داده‌اند، می داند. درمانگر آنچه را که والدین قبلاً می بایست انجام می دادند، حالا انجام می دهد. اصول واقعیت درمانی به عنوان نوعی راهنما برای فرایند مشاوره و فهرستی از شیوه‌هاست. (ایوان ۱۹۸۲، گلاسر ۱۹۷۲، گلاسر و زونین ۱۹۷۳). همچنانکه شما خواهید دید این «اصول» به طور روشن، فرایند مشاوره را توضیح نمی‌دهد بلکه ترتیب ارائه و عرضه آنها ما را به چنین طرحی نزدیك می کند.

درگیری برای مؤثر بودن واقعیت درمانی، مشاور باید با مراجعان درگیر شود. او باید ارتباط خود را بر اساس همدلی، علاقه و توجه به مراجع برقرار نماید. درگیری در چارچوب مدرسه به معنای این است که این مدرسه (کلاس) جایی است که کودك می‌خواهد در آنجا باشد. «مهم‌ترین مهارت برای به کارگیری شیوه واقعیت درمانی، توانایی خودِ درمانگر برای درگیری است.» (گلاسر ۱۹۶۵، صفحه ۲۲)

رفتار جاری و متداول هیچکس نمی‌تواند بدون آگاهی از رفتار جاری و متداول خود، هویت موفق را به دست آورد. مشاور به همراه کوششهای مداوم برای درگیری، به مراجعان به طور مستمر کمك می‌کند تا هوشیارانه و به تفصیل از رفتار خود در زمان حال آگاهی یابند. تأکید بر این است که بپرسند «تو چکار می‌کنی؟» نه اینکه «تو قبلاً چکار می‌کردی؟»

قضاوت ارزشی در مرحله سوم، مراجعان به رفتار خود توجه می‌کنند و در پرتو اهداف و ضرورتهای دنیای واقعی آن را مورد قضاوت ارزشی قرار می‌دهند. مشاور از آنها می‌خواهد که رفتار خود را بر اساس اینکه آیا آن رفتار برای آنها و افراد مهم زندگیشان خوب است یا بد، مورد قضاوت قرار دهند. همچنین مراجعان در این مورد نیز قضاوت می‌کنند که آیا رفتار آنها از نظر اجتماعی مورد قبول است یا خیر.

طرح یا نقشه برای رفتار مسئولانه زمانی که مراجعان در مورد رفتارشان قضاوت ارزشی نمودند، مشاور به آنها کمك می‌کند تا یك طرح یا نقشه برای اجرای آن قضاوت تدوین نمایند. بخشی از کار مشاور این است که مطمئن شود طرح یا نقشه خارج از توانایی و بدون ارتباط با انگیزشهای مراجع برای اجرای آن نباشد. چنانچه طرح داده شده مؤثر نبود، باید کنار گذاشته شود و طرح دیگری جایگزین آن گردد.

تعهد داشتن یك طرح خوب به معنی این است که مراجع مطمئناً آن را خوب انجام می‌دهد. بنابراین واقعیت درمانگر می‌بایست از او تعهد بگیرد. اصولاً این تعهد به خود درمانگر داده می‌شود اما سرانجام بعد از اینکه مراجعان حس خودارزشمندی را کسب نمودند، آنوقت می‌توانند این تعهد را به خودشان بدهند.

بدون عذر و بهانه زمانی که مراجعان به تعهد خود عمل نمی‌کنند، قضاوت

ارزشی آنها می‌بایست دوباره بررسی شود. اگر چنانچه هنوز هم معتبر است، آنوقت طرح می‌بایست بررسی گردد، اگر طرح مستدل باشد آن وقت مراجعان یا باید تعهد دوباره بدهند و یا آن طرح را رد کنند. اگر آن را رد کردند یا باید طرح جدیدی را تدوین نمایند و یا درمان را ترك کنند، اگر طرح را رد نکنند آن وقت مشاور می‌بایست آنها را همچنان متعهد نگه دارد و هیچ عذر و بهانه‌ای را برای شکستی که در اجرای طرح خورده‌اند، نپذیرد.

بدون تنبیه تنبیه هر نوع رفتار با فردی دیگر است که درد جسمانی یا روانی را موجب می گردد. هدف تنبیه تغییر رفتار فرد تنبیه شده است. هدف واقعی آن این است که به تنبیه کننده اجازه دهد برای کاری حقیقی و یا خیالی انتقام بگیرد و تلافی کند. در هر صورت تنبیه در درگیری، احتمال هر نوع تغییر را ازبین می‌برد از طرف دیگر پیامدهای منطقی و مورد توافق رفتار غیر مسئولانه تنبیه نبوده و ارتباطی با درگیری ندارد.

اهداف مشاوره

هدف اصلی واقعیت درمانی کمك به مراجعان است تا احساس مسئولیت کنند و از طریق مسئولیت شخصی هویت موفق را به دست آورند. به هر حال گلاسر اصرار دارد که هویت محصول فرعی عمل مسئولانه است. علاوه بر هدف اصلی مسئولیت، مراجعان بیشتر اهداف آنی را در نظر دارند مانند کنترل وزن یا بهبود رابطه میان فردی خاص. در مفهومی وسیع تر، مشاوران پیرو واقعیت درمانی سعی دارند که به مراجعان خود رویکرد به زندگی یا نظامی برای زندگی کردن را بیاموزند. (گلاسر و زونین ۱۹۷۳)

آموزش مشاور

مؤسسه واقعیت درمانی در سال ۱۹۶۷ در لوس آنجلس بنیانگذاری شد. این مؤسسه نظریه و شیوهٔ واقعیت درمانی را در طی سمینارهای فشرده یك هفته‌ای آموزش می‌دهد. مؤسسه از زمان تأسیس تاکنون سمینارهای مختلف آموزشی را در سرتاسر آمریکا و کانادا برگزار کرد سمینارها شامل سخنرانی مقدماتی و پرسش و پاسخ است که بخشی از یك روز را پر می کند. بقیه هفته را شرکت کنندگان در گروههای هفت تا یازده نفری به همراه یك مربی شرکت می کنند. این کار فرصتی است که آنها ایفای نقش و توجه شخصی را تجربه کنند. کسانی که مایلند آموزش بیشتری در این مورد ببینند، یك

کارورزی سرپرستی شدهٔ شش ماهه لازم است. چنانچه فرد مایل است که گواهینامه واقعیت درمانی را دریافت نماید، آنوقت باید بعد از کارورزی اول، سمینار فشرده دوم را گذرانده ودر یك دوره کارورزی شش ماهه شرکت کند. چنانچه کارورزی نهایی با موفقیت پایان یابد، سرپرست فرد آموزش‌دیده را برای دریافت گواهینامه معرفی می‌نماید. در حال حاضر گواهینامه تنها در لوس‌آنجلس و زیر نظر دکتر گلاسر اخذ می‌گردد.

از آنجا که ثبت نام و نام نویسی برای تعداد معدودی از افراد است، لذا اطلاعات و محفوظات زیادی برای شرکت در سمینارها لازم است. هزینه‌ای که شرکت کننده می‌پردازد شامل آموزش، مواد، ناهار روزانه و یك شام است و شامل دیگر وعده‌های غذا و مسکن نمی‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر با مؤسسه واقعیت درمانی مکاتبه نمایید[1]. (گلاسر ۱۹۸۲)

کارکرد مشاور

مشاورهٔ واقعیت درمانی یك نوع فرایند یادگیری است که بر محاوره معقول بین مراجع و مشاور تأکید می‌کند. مشاور کاملاً آموزشی عمل می‌کند و دربارهٔ زندگی کنونی مراجع سؤالات فراوانی می‌پرسد. تأکید سؤالها بیشتر بر هدایت مراجع به سوی آگاهی بیشتر از رفتارش، قضاوت ارزشی درمورد آن رفتار و سپس طرح‌ریزی برای رفتار مسئولانه می‌باشد. مشاوران پیرو واقعیت درمانی همچنین به صورت کلامی فعال هستند به عنوان مثال آنها از اینکه مراجع را در یك محاورهٔ جالب و لذت‌بخش که هیچ ارتباطی هم به درمان ندارد مشغول کنند، ابایی ندارند. آنها شوخی و مزاح می‌کنند (البته منظور طعنه و مسخره نیست) و حتی بحثهای تند و داغ هم می‌کنند. در اکثر موارد زمانی که مشاور عذر و بهانه مراجع را نمی‌پذیرد، مواجهه کلامی نیز صورت می‌گیرد. (السون ۱۹۷۹) البته این محاوره یك محاورهٔ کاملاً سقراطی نیست اماچیزی شبیه به آن نوع ارتباط است.

مشاور پیرو واقعیت درمانی اساساً یك معلم است «گفتن این مطلب به مرد گرسنه‌ای

1. 11633 San Vincente Blvd.
Los Angeles Calif 90049

که او باید غذای کمی بخورد در حالی که می‌داند غذای فراوانی وجود دارد، بسیار مشکل است. وظیفه درمانگر این است که بیمار را متقاعد نماید که او گرسنگی را انتخاب کرده است. چنانچه او بیرون برود و جستجو کند، آنوقت می‌بیند که در اطراف او مقدار زیادی غذا وجود دارد. و درمانگر تنها کسی نیست که غذا دارد.» (گلاسر ۱۹۷۲، صفحه ۷۹)

در توضیح اهمیت درگیری، گلاسر (۱۹۶۵) ویژگی‌هایی را بیان می کند که او در واقعیت درمانگران جستجو می کند. اول اینکه درمانگران باید مسئول، محکم، علاقه‌مند، انسان و حساس باشند. آنها باید قادر به تأمین نیازهای خود باشند و مایل باشند که دیگران مخصوصاً مراجعان را در تلاشهای خود سهیم کنند. درمانگران باید همدلی را تجربه و بر آن اساس ارتباط برقرار کنند تا مراجعان منزوی و دارای هویت شکست را نیز بپذیرند و بالاخره و مهم‌تر از همه اینکه درمانگران باید قادر به درگیری عاطفی با هر مراجعی باشند. البته این درگیری یك نوع تسهیل کننده است نه یك نوع بهره کشی. مشاوران پیرو واقعیت درمانی معلمانی هستند که دانش آموزان خود را از ضعف و بی مسئولیتی به قدرت و مسئولیت، از درد به لذت و از ارضا نشدن به ارضا شدن هدایت می نمایند.

تمرین مشاوره

تکنیک‌های عمده

گلاسر مشاوره را نوعی یادگیری می‌داند و چیز زیادی دربارهٔ روشهای ویژه آن نمی گوید پیشنهاداتی هم که او در این مورد می کند معمولاً با اصول هشتگانه فرایند عمل که قبلاً بحث گردید ارتباط و پیوند دارند. گلاسر و زونین (۱۹۷۳) جهت درگیری پیشنهادات خاصی را به مشاور می کنند. آنها می گویند که مشاور از ضمایر شخصی استفاده کند («من»، «ما» «تو» و هرگز از ضمایر «او» و «آنها» استفاده نکند). مراجع تشویق گردد تا رفتاری خوش‌بینانه و دوستانه داشته و خود را آشکار و بیان نماید. مشاور باید با مراجع در مورد موضوعات مختلف زیادی صحبت کند. به علایق و موفقیت‌های مراجع توجه خاصی مبذول گردد ـ اینکه او چه کاری را درست انجام می‌دهد.

واقعیت درمانگران بر رفتار تأکید می کنند. آنها در برخورد با مراجعانی که می گویند

«من ناراحتم» از او نمی‌خواهند که احساسات خود را در این رابطه با دقت شرح دهد، بلکه از او می‌پرسند که «تو برای ناراحت کردن خود داری چه کار می کنی؟»

واقعیت درمانی بر زمان حال تأکید دارد. چنانچه در مورد گذشته بحث و صحبت شود تنها به دلیل ارتباط آن با زمان حال است. گلاسر و زونین معتقد بودند که از جمله کارهایی که مشاوران پیرو واقعیت درمانی می‌بایست انجام دهند، تشریح تجربیات مربوط به گذشته مراجع است تجربیاتی که منش او را به وجود آورده‌اند و همچنین می‌بایست انتخابهای احتمالی و تجربیات موفق مراجع را (نه شکست‌ها) توصیف کنند.

واقعیت درمانی مراجعان را به سوی ارزیابی رفتارشان در پرتو هدفهایشان هدایت می کند و درمانگر هرگز به جای مراجع قضاوت نمی کند بلکه سؤال می کند، «آیا این رفتار کمکی به ارضای نیازهایتان می کند؟» اگر مراجع جواب بدهد که «نمی‌دانم» یا «با این کار احساس خوبی داشتم.» آنوقت مشاور بر سئوال خود پافشاری می کند. «آیا این رفتار نفعی برای شما داشت؟» اگر مراجع رفتار را به عنوان رفتاری غلط ارزیابی کرد، آنوقت مشاور نباید حرف او را تأیید کند. از طرف دیگر اگر مراجع رفتار را تحت شرایطی خوب ارزیابی نماید، مشاور نباید در آن مورد بحث کند. فقط مراجع است که می تواند در مورد رفتارش قضاوت ارزشی بنماید. به هر حال مشاور می تواند مراجع را به گونه‌ای هدایت نماید که در چارچوب وسیع تری رفتار خود را ببیند. (مثلاً اثرش را بر روی دیگران)

قضاوت ارزشی، باید همراه با یك برنامه و نقشه واقعی جهت اجرای آن قضاوت باشد. مشاور باید این مرحله را با سؤال کردن آغاز نماید. «طرح و نقشه شما چیست؟» «آیا تو نظری درمورد چگونگی اجتناب از این مشکل داری؟» از برنامه نباید بیش از حد انتظار داشت زیرا احتمال شکست نیز وجود دارد و بنابراین ممکن است شکست کنونی تقویت شود. از طرف دیگر طرح و نقشه باید تا حدودی جاه‌طلبانه یا بلندپروازانه باشد تا تغییری مشاهده شود. طرحها و نقشه‌ها، هرگز طرحهای نهایی نیستند. اگر یکی از آنها مؤثر نباشد می توان نقشه‌های جانشینی یا پیشنهادی را جایگزین کرد.

زمانی که طرح یا نقشه آماده شد، از مراجع خواسته می‌شود که برای انجام و عمل به آن تعهد بدهد. اگر مراجع به جای آنکه به خود تعهد بدهد، به مشاور تعهد بدهد احتمال

موفقیتش بیشتر است. «من این کار را به خاطر تو انجام می‌دهم.»

واقعیت درمانگر، عذر و بهانه را نمی‌پذیرد. بنابراین «چرا» یك سؤال نامربوط است. درمانگر بسادگی می‌پرسد: «آیا می‌خواهی تعهد خود را انجام دهی یانه؟» «اگر می‌خواهی پس کی؟» یا «این نقشه خوب نبود، بیا نقشه دیگری بریزیم.»

جملات انتقادی وسرزنش هرگز در واقعیت درمانی به کار گرفته نمی‌شوند زیرا این نوع جملات تنبیه کننده هستند. زمانی که نقشه آماده شد مشاور به همراه مراجع نتایج طبیعی یا منطقی ناشی از شکست مراجع از اجرای نقشه را مورد بررسی قرار می‌دهد. تعیین کردن محدودیتها یکی از مهم‌ترین کارهای واقعیت درمانگر است. منظور فقط تعیین محدودیتهایی برای درمان نیست بلکه محدودیتهایی که زندگی بر فرد تحمیل می‌کند را نیز شامل می‌شود. قراردادی که قبلاً درمورد آن صحبت شد یك نوع تعیین محدودیت است. (السون ۱۹۷۹)

گفتگوهای سازنده یا بحثهای منطقی ممکن است درمورد بعضی از مراجعان به درمان منجر شود. شوخ طبعی نیز می‌تواند بخشی از کار مشاور باشد. از مواجهه نیز بخصوص زمانی که عذر و بهانه پذیرفته نمی‌شود، استفاده می‌گردد. به طور کلی واقعیت درمانگر سعی دارد که در زندگی مراجع خود را درگیر نماید. (گلاسر، زونین ۱۹۷۳)

پارامترهای درمان

مشاور و مراجع به گونه‌ای می‌نشینند که همدیگر را ببینند. اکثر واقعیت درمانگران هفته‌ای یك بار با مراجعان خود ملاقات می‌کنند. آنها بندرت و برای مدت کمی ممکن است مراجعان خود را دوبار درهفته ببینند. معمولاً طول مدت هر جلسه قابل تغییر و انعطاف‌پذیر است ولی به طور کلی نزدیك به چهل و پنج تا شصت دقیقه می‌باشد. هیچگونه دستمزد خاص توصیه نمی‌شود. (گلاسر و زونین ۱۹۷۳)

موردپژوهی

موردپژوهی زیر از السون ذکر می‌گردد. (۱۹۷۹ صفحات ۳۱۱ـ۳۰۸) نورمن چهارده ساله، دانش‌آموز سال اول دبیرستان است که نمرات درسی او در سطح پایینی است. والدین نورمن با کمك مشاور مدرسه تکالیف و برنامه‌های مطالعاتی خاصی را درمورد اوبه

اجرا گذاشتند تا بدان وسیله نورمن حضور فعالتری در مدرسه داشته باشد. ولی متأسفانه هیچیك کارگر نیفتاد همه احساس درماندگی و ناکامی می کردند. والدین نورمن او را به یك کلینیك خصوصی نزد یك مشاور متخصص واقعیت درمانی ارجاع دادند.

مشاور در اولین مصاحبه با والدین نورمن، دریافت که نورمن درمنزل نیز مشکل دارد و از انجام امور روزمره امتناع می‌ورزد. با والدین خود به صورت اهانت آمیزی صحبت می کند. با خواهرهای بزرگتر و کوچکتر خود می جنگد، و دو شب بدون اجازه بیرون از منزل خوابیده است. متعاقب آن مشاور با نورمن و والدین او همزمان و دوبار هم با خود نورمن به تنهایی ملاقات کرد. در جلسه سوم بود که صحبت‌ها بیشتر در خصوص علاقهٔ زیاد نورمن به آشپزی دور می‌زد.

مشاور: بنابراین تو از کلاس اقتصاد خانواده لذت می‌بری و مایلی که روزی آشپز شوی.

مراجع: بله فکر می کنم کار جالبی باشد. شنیده‌ام که آشپزها پول خوبی می گیرند. این طور نیست؟

مشاور: نمی‌دانم ولی مطمئناً می توانیم جوابش را پیدا کنیم. تو برای اینکه آشپز شوی باید چکار کنی؟ آیا می دانی؟

مراجع: حالا... مطمئن نیستم... حدس می‌زنم که باید به مدرسه آشپزی یا جایی شبیه آن بروم.

مشاور: فکر می کنم درست می گویی، خوب چگونه وارد مدرسه آشپزی می‌شوی؟

مراجع: نمی‌دانم.

مشاور: آیا باید دبیرستان را تمام کنی؟

مراجع: نمی‌دانم... فکر می کنم.

مشاور: نظرت در این مورد چیست؟ منظورم تمام کردن دبیرستان است.

مراجع: نمی‌دانم احتمالاً برایم غیرممکن است.

مشاور: اما اگر تو از دبیرستان فارغ‌التحصیل شوی، می توانی به کلاس آشپزی بروی.

مراجع: بله فکر می کنم همین طور است ولی چرا باید دبیرستان را تمام کنم؟ این کار احمقانه است.

مشاور: مطمئن نیستم؛ اما فکر می کنم که آنها می خواهند دانش آموزان قادر به خواندن و نوشتن باشند تا بتوانند دستور العملهای آشپزی را اجرا کنند... یا آن را اضافه و کم نمایند و کارهایی اینچنین انجام دهند.

مراجع: من همهٔ این کارها را می توانم انجام دهم پس چرا باید دبیرستان را تمام کنم؟

مشاور: نمی‌دانم نورمن، اما به نظر می‌رسد که باید این طور باشد.

مراجع: من نمرات نیم ترمم را گرفتم.

مشاور: جدی! چطور بود؟

مراجع: خیلی خوب نبود.

مشاور: نورمن، دوست دارم که بدانم دقیقاً چه نمراتی گرفتی؟

مراجع: من در اقتصاد خانه B گرفتم، در هنر و موسیقی D، در انگلیسی F و در ریاضیات F و در علوم اجتماعی F

مشاور: پس اقتصاد خانواده مطمئناً موضوع مورد علاقه توست! ورزش چطور؟

مراجع: خوب من با تیم شنا کار می کردم ولی به سالن ورزش نمی‌رفتم البته موفق هم شدم.

مشاور: آفرین من فراموش کردم که تو شنا هم دوست داری.

مراجع: بله بله.

مشاور: منظورت از این جمله که با تیم شنا کار می کردم چیست؟

مراجع: جمعه گذشته مربی به من گفت که یا باید از تیم بیرون بروم و یا نمراتم را بالا ببرم. حدس می‌زنم که با وجود سه F دیگر نتوانم در تیم مدرسه عضو باشم.

مشاور: خیلی بد شد.

مراجع: من هم گفتم.

مشاور: نورمن بگذار ببینم آیا درست فهمیدم یا نه، تو می خواهی یك آشپز بشوی و معنی این کار این است که دبیرستان را تمام کنی. تو می خواهی در تیم شنا هم عضو باشی و معنی آن این است که نمرات مدرسه‌ات بهتر شود و... تو هم مدرسه را دوست نداری.

مراجع: درست است.

مشاور: چه کار می کنی که باعث می‌شود مدرسه را دوست نداشته باشی؟

مراجع: هیچ کاری. موضوع بر سر آن معلم‌های پست است.

مشاور: در هر صورت بگو که چکار می کنی، سخت‌ترین کلاس کدام است؟

مراجع: انگلیسی. ازش متنفرم.

مشاور: در کلاس انگلیسی چه می گذرد؟ امروز چه کار کردی؟

مراجع: من فقط رفتم سر کلاس، همین.

مشاور: سر وقت به کلاس رسیدی؟

مراجع: نمی‌دانم به نظرم کمی دیر رسیدم.

مشاور: بعد از اینکه زنگ را زدند؟

مراجع: بله به نظرم.

مشاور: آنوقت چی؟

مراجع: خوب من نشستم و . . .

مشاور: کجا؟ کدام قسمت کلاس؟

مراجع: به نظرم عقب کلاس.

مشاور: کنار چه کسی نشستی؟

مراجع: یك طرف من جرج بود و طرف دیگر من مری . . . فکر می کنم.

مشاور: جرج و مری چه کاری در رابطه با انگلیسی انجام دادند؟

مراجع: فکر می کنم آنها هم در انگلیسی زیاد خوب نیستند، مثل من.

مشاور: آنوقت چی؟

مراجع: خوب هیچ . . . فقط نشستم، همین طوری.

مشاور: از معلم سؤال کردی؟ کارهایت را انجام دادی؟

مراجع: من از آن کلاس متنفرم.

مشاور: نورمن بگذار چیزی از تو بپرسم، تو می‌خواستی در تیم شنا باشی و می‌خواهی که به مدرسه آشپزی بروی هر دوی این کارها نیاز به پیشرفت و موفقیت تو در مدرسه دارد. اگر فکر کنی که امکان بهتر شدن را داری آیا کارهایت را بهتر انجام می‌دهی؟

مراجع : بله اما ناامید کننده است. معلم‌ها به من نمره بهتری نمی‌دهند.

مشاور : بله درست می‌گویی آنها به تو نمره نمی‌دهند. فکر می‌کنی بتوانی کارها را بهتر انجام دهی و طرز فکر معلم را در مورد خودت عوض کنی؟

مراجع : شك دارم

مشاور : بگذار چند لحظه‌ای در این مورد فکر کنیم... تو به کلاس دیر رسیدی... آیا دیر رسیدن برای بهتر شدن کارها به تو کمك می‌کند یا اینکه به تو ضرر می‌رساند.

مراجع : احتمالاً ضرر می‌رساند.

مشاور : من هم همین فکر را می‌کنم در مورد نشستن با جرج و مری در عقب کلاس چه فکر می‌کنی؟

مراجع : احتمالاً آن هم به من ضرر می‌رساند.

مشاور : در مورد دست بلند نکردن، سؤال نکردن و... فعال نبودن چی فکر می‌کنی؟

مراجع : آن هم ضرر دارد.

مشاور : من دوباره از تو سؤال می‌کنم آیا می‌خواهی که وضع را تغییر دهی و کارها را بهتر انجام دهی؟

مراجع : بله می‌خواهم.

مشاور : پس برنامه‌ات چیست؟ من چگونه می‌توانم به تو کمك کنم.

مراجع : خوب من فکر می‌کنم که می‌توانم آنچه را که شما در موردش صحبت کردید عوض کنم.

مشاور : منظورم سر وقت آمدن به کلاس است؟ دیگر چه؟

مراجع : می‌توانم جای خودم را عوض کرده و فعالتر باشم.

مشاور : آفرین، ما یك برنامه سه مرحله‌ای درست کرده‌ایم. بهتر است آن را بنویسیم.

بعد از نوشتن برنامه، مشاور از نورمن پرسید آیا مایل است آن را در هفته آینده اجرا نماید گرچه نورمن در هفته اول به تعهداتش عمل کرد اما زمانی که خواست این برنامه را در مورد کلاس ریاضی اجرا نماید شکست خورد. مشاور عذر او را برای این شکست نپذیرفت. اما برنامه اصلاح شد و در حالی که نورمن به تعهد خود عمل می‌کرد، این برنامه را

در مورد همهٔ کلاسهایش به کار بست. هر موفقیتی منجر به موفقیت بعدی شد، نورمن دوباره در کلاس شنا شرکت کرد و رفتارش در منزل بهبود یافت. قبل از خاتمه مشاوره نورمن و مشاور چندین کلاس آموزش آشپزی را هم پیدا کردند.

کاربرد

مشکلاتی از جمله اضطراب، ناسازگاری، تضادهای زناشویی، انحراف، روان پریشی‌ها و بزهکاری همگی از طریق واقعیت درمانی با موفقیت معالجه شده‌اند. از طرف دیگر از آنجا که رویکرد واقعیت درمانی بسیار عقلانی و کلامی است لذا این روش برای اشخاص درخود فرومانده و یا کسانی که بشدت عقب مانده هستند، مؤثر نیست. (السون ۱۹۷۹، صفحه ۳۱۲)

اصول واقعیت درمانی جدای از درمان می‌تواند به طور مؤثری توسط والدین با فرزندانشان، معلمان با دانش آموزانشان، کشیشان با مردم و کارفرمایان با کارکنانشان به کار رود (گلاسر ۱۹۷۶) به هر حال مستقیم‌ترین و احتمالاً موفقیت‌آمیزترین کاربرد آن در برنامه مدارس بدون شکست است. (گلاسر ۱۹۶۹)

نقد

پشتوانه پژوهشی

تا آنجا که توانسته‌ام از طریق بانك اطلاعاتی کامپیوتر جستجو کنم، تاکنون مطالعه مهم و بلندمدتی در مورد واقعیت درمانی به عنوان یك درمان پیدا نکرده‌ام. البته مطالعاتی دربارهٔ اصول و روشهای واقعیت درمانی در چارچوب مدرسه انجام شده است که نتایج آنها متفاوت است.

انگلیش[1] (۱۹۷۰) هاوس[2] (۱۹۷۱) به نتایج مثبتی از به کارگیری این روش در کاهش مشکلات انضباطی، افزایش کارآیی در مدرسه و بالا بردن احساس مسئولیت دست

1. English
2. Hawes

یافتند. مینك[1] و واتس[2] در سال ۱۹۷۳ گزارش موفقیت آمیزی از به کار بردن استراتژی واقعیت درمانی در مشاوره با دانشجویان غیرسنتی، در یك کالج را گزارش کرده‌اند، آنها دریافتند که دانشجویان از طریق این برنامه تغییر مهمی از حالت تمرکز بیرونی به درونی پیدا کرده‌اند (روتر[3] ۱۹۶۶) که این همراه با بهتر شدن نمرات آنان بوده است. آنها همچنین مشاهده کرده‌اند که این دانشجویان به میزان قابل توجهی علاقه دارند که بیش از بقیه دانشجویان معمولی در محیط مدرسه باقی بمانند. براینگ[4] (۱۹۷۹) دریافت که معلمان مدارس راهنمایی با گذراندن ۲۰ ساعت آموزش اصول واقعیت درمانی به مقدار زیادی رفتارشان نسبت به انضباط دانش آموزان و محیط مدرسه بهبود پیدا کرده اما به هرحال در نگرش دانش آموزان نسبت به خودشان و یا بدرفتاری آنها هیچگونه تغییر مهمی پدیدار نشده است. مطالعات دیگر (نظیر برانون[5] ۱۹۷۸، گنگ[6] ۱۹۷۵، لاسپینا[7] ۱۹۷۶، شرن[8] و راندولف[9] ۱۹۷۸) یا نتیجه‌ای نداشته‌اند و یا نتایج کمی را نشان داده‌اند. اغلب این مطالعات مشکل طراحی و روش شناختی دارند.

ارزیابی

گلاسر زمانی بر تعهد و عمل تأکید می کند که بینش را شرط لازم و کافی برای تغییر می‌داند. السون (۱۹۷۹) محدودیتهای عمده آن را به شرح زیر بیان کرده است:

موفقیت واقعیت درمانی احتمالاً بر توانایی کلامی و شناختی مراجع استوار است. به نظر می‌رسد که تأکید گلاسر بر رفتار تا بدانجاست که احساس را کنار می گذارد. البته

1. Mink
2. Wats
3. Rotter
4. Braying
5. Brannon
6. Gang
7. Laspina
8. Shearn
9. Randolph

نمی توان ارتباط توأم با همدلی و تفاهم را بدون واکنش نشان دادن به احساسات مراجع، برقرار کرد. بدون یك همدلی عمیق چگونه یك مشاور می تواند با مراجع درگیر شده و این درگیری را حفظ کند؟ به نظر می‌رسد که با عدم وجود تکنولوژی تغییر مشخص (شیوه‌های درمانی مشخص) روبرو هستیم که این فقدان بشدت درجهٔ تأثیرات مشاوران غیرمبتکر را محدود می کند؛ بالاخره در استفاده از واژه‌هایی نظیر «مسئولیت» و «درست یا صحیح» سردرگمی‌هایی وجود دارد.

اما به هرحال این محدودیتها هنگامی که با نقاط قوت و مساعدتهای واقعیت درمانی مقایسه می‌شود، کم اهمیت تلقی می گردد. بویژه آنکه واقعیت درمانی، درمانی کوتاه مدت است که تکیه بر نقاط قوت دارد و به مراجع می آموزد که چگونه نقاط ضعف خود را حذف یا به حداقل برساند. نکته قابل توجه این است که گلاسر یك برنامه مؤثر کوتاه مدت و ساده‌ای را برای آموزش مشاوران واقعیت درمانی تهیه کرده است.

به نظر من اینکه بر احساسات تأکید نمی‌شود شاید بیش از حد مبالغه شده و برداشت نادرستی از عقاید گلاسر باشد. تا آنجا که من می‌دانم برخی از مشاوران (و نه مکاتب مشاوره) فکر می کنند که بازتاب احساسات همه آن چیزی است که یك مشاور باید انجام دهد. گلاسر می گوید که مشاور باید انعکاس احساسات را در طول درمان ادامه بدهد، تا بتواند با مراجع درگیر شود اما از آنجا که احساسات تابع رفتار است شما نمی توانید به مراجع کمك کنید تا وضعیت زندگیش را تغییر بدهد مگر آنکه به رفتاری که منجر به آن نوع احساسات شده است اهمیت داده شود.

مهم ترین نقطه قوت واقعیت درمانی کاربرد آن در مورد سلامت روانی به عنوان یك عامل پیشگیری است و تأکید بر نقاط قوت به جای از بین بردن نقاط ضعف می‌باشد. اساس فلسفی این رویکرد که دیدی مثبت دارد بر مسئولیت شخصی و علاقه بشری تأکید می کند. واقعیت درمانی دیدگاهی است در مورد زندگی و برای فرد و جامعه که می تواند منافع بسیار زیادی را در بر داشته باشد.

فصل هفتم

رفتار درمانی[1]

در هر یك از رویکردهایی که تاکنون در این کتاب معرفی گردیده، یك نفر نیز به عنوان مسئول اصلی بنیانگذاری و رشد آن مکتب معرفی شده است. (به غیر از رفتار درمانی). البته این کار به معنی انحراف از روش معمول نیست زیرا که ما تنها یك نوع رفتار درمانی نداریم بلکه چندین نوع از آن وجود دارد. از آنجا که امکان معرفی یك نفر به‌عنوان مؤسس رفتار درمانی وجود ندارد و ضمناً نمی‌توان تاریخچه زندگی همه رفتارگرایان را نیز نوشت (زیرا این کار یك کتابخانه کوچك را پر می‌کند.) لذا تصمیم گرفتم که از بخشی که در همه رویکردها وجود دارد یعنی زمینه شخصی یا شرح حال صرفنظر کرده و به جای آن تاریخچه رشد رفتارگرایی را به‌عنوان نوعی درمان خلاصه نمایم. برای این کار مطمئناً لازم است طرز عمل کسانی که مسئول این رشد و تحول بوده‌اند، ذکر گردد.

1. Behavior Therapy

تحول تاریخی

انسانها از زمانی که به وجود آمدند، به رفتار و تغییر رفتار علاقه‌مند بودند. گرچه که نیاز به خوردن، غارنشینان را به سوی خوردن سوق می‌داد ولی آنها بعضی از غذاها را مطبوع‌تر و لذیذتر از بقیه یافتند و تمایل به غذای خوشمزه‌تر پیدا کردند. هرچند که در آن زمان اسکینری وجود نداشت که به آنها بگوید شما دارید اصول شرطی‌سازی کنشگر[1] را دنبال می‌کنید. در خلال رشد روان‌شناسی در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، نارضایتی از روشهای جاری روان درمانی نیز به همراه آن آشکار شد. روان‌شناسان از این نیاز مطلع شدند که لازم است دقت بیشتری در مورد مطالعه شخصیت و تغییر رفتار صورت گیرد. دانشمندانی مانند ایوان پاولف[2] در روسیه، ثورندایک[3]، جان‌واتسون[4] ادوارد تولمن[5]، جرج گاتری[6]، کلارک‌هال[7] و اسکینر[8] در آمریکا شروع به مطالعه آزمایش قوانین یادگیری و کاربرد آن قوانین در رفتار نمودند.

تاریخ رفتار درمانی می‌بایست با نام جان واتسون شروع شود (هرچند پاولف آزمایشات خود را قبل از واتسون شروع نمود). واتسون کسی بود که واژه رفتارگرایی را ابداع کرد و بر رفتار قابل مشاهده تأکید نمود. در طول مدت بین دو جنگ جهانی (۱۹۴۰-۱۹۲۰) تعداد روان‌شناسان رفتارگرا در آمریکا زیاد شد. درحالی که در اروپا روان‌شناسی پویا[9] ـ بخصوص روانکاوی ـ پیشرفت نمود. بعد از جنگ جهانی دوم تقاضا برای خدمات بهداشت روانی به‌طور چشمگیری افزایش یافت و در نتیجه تعداد بیشتری از روان‌شناسان بالینی متخصص، اجازه روان درمانی یافتند (آنها قبلاً فقط اجازه استفاده از

1. operant conditioning
2. Ivan Pavlov
3. Thorndike
4. John. B. Watson
5. Tolman
6. Guthrie
7. Clark Hall
8. B. F. Skinner
9. dynamic Psychology

آزمونهای تشخیصی را داشتند.) هجوم روش علمی به همراه تشدید نارضایتی از روشهای موجود و هزینه بالای روان درمانی پویا باعث رشد و تحول رفتار درمانی شد. (مورس[1] و واتسون ۱۹۷۷)

تورسن[2] و کوتز[3] (۱۹۷۸) رشد رفتار درمانی را براساس رشد و تحول نوع بشر مقایسهٔ قیاسی نمودند. آنها اشاره داشتند به اینکه دوران نوجوانی رفتار درمانی به‌وسیله ۵ مقاله اصلی مشخص می‌شود. مقاله لیندسلی[4] (۱۹۵۶) در مورد «استفاده از شرطی‌سازی کنشگر با بیماران روان رنجور و روان پریش»، مقاله ولپ[5] (۱۹۵۸) «امتداد شرطی‌سازی کلاسیك تا روان درمانی به‌وسیله بازداری تقابلی»، مطالعات بندورا[6] (بندورا و واتسون ۱۹۵۹) در مورد «اثر یادگیری مشاهده‌ای بر روی پرخاشگری»، مطالعات آیزینگ[7] (۱۹۶۰) در مورد مدلهای متناوب از رفتار نابهنجار، بحث کرومبولتز[8] (۱۹۶۶) در مورد «اهداف رفتاری به عنوان اهداف مشاوره و روان درمانی».

اگرچه که انواع مختلف رفتار درمانی براساس یادگیری و روش علمی بنیانگذاری شده است اما گاه به نظر می‌رسد که گویی موافقت رفتارگرایان تنها بر روش علمی باشد. اختلافات زیادی بین رفتارگرایان در مورد به کارگیری نظریه‌های یادگیری، زمان آن و اینکه دقیقاً چگونه می‌توان از روشهای علمی بهترین استفاده را کرد، وجود دارد. علی‌رغم این سردرگمی‌ها دو سبك در رفتار درمانی پدیدار شد. شرطی‌سازی کلاسیك[9] و شرطی‌سازی کنشگر[10] که هر یك شامل بخشهایی فرعی است.

1. Morse
2. Thoreson
3. Coats
4. Lindsley
5. Wolpe
6. Bandura
7. Eysenek
8. Krumboltz
9. classical conditioning
10. operant conditioning

زمینه نظری

شرطی سازی کلاسیک ایوان پاولف (۱۹۳۶-۱۸۴۹) آنچه را که امروزه شرطی سازی کلاسیك یا پاسخگر می نامند از طریق یك اتفاق غیر منتظره در یك آزمایش کشف نمود. او از سگها به‌عنوان حیوانات آزمایشی استفاده نمود تا فیزیولوژی ترشح مایع گوارشی را مطالعه نماید. (او یك فیزیولوژیست بود و نه یك روان‌شناس) او بعد از نشان دادن غذا به سگها در طی روزهای متوالی، کشف نمود که سگها قبل از دیدن و یا کمی قبل از مزه کردن غذا بزاق دهانشان ترشح می‌شود. او ابتدا این ترشحات را «روانی» نامید زیرا که معتقد بود سگها در مورد غذا فکر می کردند. او به عنوان یك دانشمند واقعی این تعبیر را نه‌پذیرفت، و نه رد کرد؛ زیرا شواهد و دلایل کافی برای آن نداشت. در مسیر جمع آوری شواهد و مدارك، او دریافت که بعد از اینکه چند روز متوالی به سگها غذا داد، آنها مزه غذا را با حضور او و نهایتاً با صدای پای او پیوند دادند. با استفاده از واژه‌های امروزی او به اصطلاح سگها را شرطی نمود تا با صدای پای او (محرك شرطی)[1] بزاق دهانشان ترشح شود (پاسخ) او سپس برای اثبات فرضیه خود آزمایشی را انجام داد. او غذا را به سگها نشان داد (محرك غیرشرطی UCS)[2] که البته بزاق دهانشان ترشح شد (پاسخ غیرشرطی UCR)[3] آنوقت بعد از اینکه این کار را چند بار تکرار کرد (کوشش)[4] همزمان با آوردن غذا، یك زنگ کوچك را نیز به صدا در آورد. (محرك شرطی CS) بعد از چند بار کوشش صدای زنگ با غذا جفت شد و بزاق دهان سگها (پاسخ شرطی CR)[5] بعد از شنیدن صدای زنگ ترشح می‌شد. گرچه که غذایی هم به آنها داده نمی‌شد. مطالعه این مطالب دربارهٔ آزمایش پاولف شاید برای شما کمتر از سه دقیقه طول کشید اما او سی سال برای تکمیل این آزمایشات زحمت کشید.

موفقیت روش شرطی سازی کلاسیك از دو راه می تواند اندازه گیری شود: یکی از طریق مقدار و اندازه پاسخ (مثلاً چقدر بزاق ترشح شد.) و دیگری از طریق طول دورهٔ

1. Conditioned Stimulus (CS)
2. Un Conditioned Stimulus (UCS)
3. Un Conditioned Response (UCR)
4. Trail
5. Conditioned Response (CR)

نهفتگی (مثلاً بزاق دهان با چه فاصله زمانی بعد از صدای زنگ ترشح می‌شود.) یکی دیگر از جنبه‌های شرطی‌سازی کلاسیك که توسط پاولف کشف گردید این است که بعد از شرطی‌سازی اگر CS با UCS جفت نشد، مقدار پاسخ بتدریج کاهش می‌یابد تا آنجا که کاملاً ناپدید می‌شود. او به این اثر «خاموشی» می‌گوید. پاولف دریافت که به نظر می‌رسد فرایند خاموشی عامل بازدارندهٔ شرطی‌سازی مجدد است. بالاخره او کشف کرد که دیگر محرکهای شبیه به CS نیز CR را ایجاد می‌نمایند. این اثر را تعمیم محرك نامید.

اگرچه در حال حاضر در مورد آنچه که پاولف در مورد فیزیولوژی اعصاب گفته، تردید وجود دارد و مطالب او ماهرانه و پیشرفته نیست و حتی غلط نیز است، اما اهمیت اثر تاریخی شرطی‌سازی کلاسیك نمی‌تواند به‌عنوان یکی از پایه‌های رفتار درمانی دست کم گرفته شود. (مورس و واتسون ۱۹۷۷)

شرطی‌سازی کنشگر در حقیقت شرطی‌سازی کنشگر یا وسیله‌ای با نام ثورندایك (۱۹۴۹-۱۸۷۴) و «قانون اثر» او آغاز می‌شود. این قانون می‌گوید که اگر رفتار با پیامدهایی که همراه با پاداش است دنبال شوند، آنوقت احتمالاً آن رفتار تکرار خواهد شد. شرطی‌سازی کنشگر تنها از طریق تقویت رفتارهایی که به وقوع پیوسته صورت می‌گیرد؛ از این روش نمی‌توان برای به‌وجود آوردن رفتارهای جدید کمك گرفت.

شرطی‌سازی کنشگر چهار اصل دارد: پاداش (تقویت مثبت) تنبیه، گریز (تقویت منفی) و حذف. پاداش یا تقویت مثبت احتمال وقوع مجدد رفتار را افزایش می‌دهد: زیرا که پاداش توسط اُرگانیزم ارزیابی مثبت می‌شود (قانون اثر ثورندایك)، تنبیه احتمال وقوع مجدد پاسخ را کاهش می‌دهد، زیرا که پاسخ با درد و محرك آزارنده دنبال می‌شود تقویت منفی یا گریز احتمال وقوع مجدد پاسخ را افزایش می‌دهد، زیرا که به دنبال پاسخ دوری و یا فرار از محرك آزارنده است. حذف احتمال وقوع پاسخ مجدد را کاهش می‌دهد. زیرا پاداشی که معمولاً در محیط وجود داشت بعد از پاسخ دیگر وجود ندارد.

اسکینر (۱۹۰۴) و دانشجویانش سهم عمده‌ای در مطالعه شرطی‌سازی کنشگر داشتند. از آنجا که اسکینر پاسخهایی را که به نظر می‌رسد اثر مشترکی بر روی رفتار دارند کنش‌ها می‌نامد، لذا او واژه **شرطی‌سازی کنشگر** را ترجیح می‌دهد. کشف وابستگی‌های

تقویت دارای اهمیتی مشابه با مفهوم شرطی‌سازی کلاسیك است. اسکینر و دانشجویانش متوجه شدند زمانی که به دنبال پاسخهای رفتاری (کنش‌ها)، محرکهای متفاوت (تقویت کننده‌ها) به گونه‌های متفاوتی ارائه گردند، اثرهای متفاوتی بر روی یادگیری دارند. به‌عنوان مثال تقویت باید در هر بار یا در هر ثانیه و یا در هر سه بار و یا هر چند بار به دنبال کنش (پاسخ رفتاری) ارائه گردد. نام این شیوه، برنامه نسبت ثابت[1] است. زمانی که تقویت کننده در فاصله معین ارائه گردد، آن را برنامه فاصله ثابت[2] می‌نامند. سومین روش برنامه نسبت متغیر است که در آن تقویت از X دفعه به Y دفعه و یا برعکس به X دفعه فرق می‌کند. بررسی اسکینر از برنامه‌های متفاوت در مورد تقویت منجر به کشف این مطلب شد که برنامه‌ها خود اثر مستقیمی بر یادگیری دارند.

آزمودنی در شرطی‌سازی کلاسیك با آزمودنی در شرطی‌سازی کنشگر تفاوتهای مهمی دارد. در شرطی‌سازی کلاسیك تقویت (US) همیشه بدون توجه به رفتار آزمودنی به‌وسیله آزمایشگر ارائه می‌گردد. پیش‌شرط‌ها یعنی اینکه UCS با CS جفت شود و هر دوی آنها مقدم بر پاسخ باشند (CR) در شرطی‌سازی کنشگر تقویت فقط بعد از اینکه رفتار مطلوب به‌وسیله آزمودنی آشکار شد، ارائه می‌گردد. در این مورد پیش‌شرط روابط تعیین شده از نظر محیط بین تقویت و پاسخ است. اگر رفتار مطلوب (یا رفتاری نزدیك به آن) به‌وسیله آزمودنی آشکار نگردد، تقویتی نیز داده نمی‌شود. (مورس و واتسون ۱۹۷۷)

نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا، والترمیشل[3] و جولیان روتر[4] کوشش کردند تا اصول روانشناختی را با نظریه یادگیری سنتی در نظامی که آنها آن را نظریه یادگیری مشاهده‌ای یا اجتماعی می‌نامند یکپارچه نمایند. نظریه‌های سنتی (مانند پاولف و اسکینر) یادگیری را به وسیله کنش توضیح می‌دهند: موجود ـ انسان یا حیوان ـ یاد می‌گیرد زیرا که بعضی از اعمالی را که انجام می‌دهد، پیامدهایی برای او دارد و او از هردو آنها چه

1. Fixed ratio Schedule
2. Fixed interval Schedule
3. Walter Mischel
4. Julian Rotter

عمل و چه پیامد آن آگاه است. بندورا و همکارانش دریافتند که ما علاوه بر اینکه از طریق کنش یاد می گیریم بلکه به وسیله مشاهده نیز یاد می گیریم. مؤثرترین نوع آموزش به یك بازیکن بیسبال یك دبیرستان در مورد نحوهٔ ضربه زدن به توپ این است که از او بخواهیم فیلمهایی را در این مورد تماشا کند و این کار بهتر از تقویت اعمال تقریبی موفقیت آمیز است. طبق عقیده بندورا (۱۹۶۹) اثرات اصلی یادگیری اجتماعی عبارتند از:

الف. فراگیری الگوهای جدید پاسخ.

ب. احتمال زیادی وجود دارد که مشاهده گر آن را انجام دهد و یا رفتاری حذف شود.

ج. پاسخهای یاد گرفته شده قبلی امکان تکرار بیشتری دارند.

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

آموزش ابراز وجود(assertiveness training) یك رویکرد آموزشی نیمه ساختار است که به وسیله تأکیدش بر به دست آوردن مهارتهای ابراز وجود از طریق تمرین مشخص می‌شود. مهارتهای ابراز وجود، فرد را قادر می‌سازد تا برای اعتقادات و حقوق خود به طور مؤثر ایستادگی کند.

بازداری تقابلی(reciprocal inhibtion) یعنی حذف یا ضعیف کردن پاسخهای قدیمی به وسیله پاسخهای جدید، و این کار زمانی صورت می گیرد که جلوی یك پاسخ به وسیله یك پاسخ ناهمساز[1] گرفته می‌شود و یا یك کاهش سائق اصلی[2] به دنبال آن باشد. آن وقت بازداری شرطی پاسخ، به مقدار زیادی ظاهر می‌شود.

تقویت(reinforcement) نوعی رویداد خاص است که گرایش فرد را برای تکرار پاسخ افزایش می‌دهد.

1. in compatible response
2. major drive - reduction

تقویت مثبت(positive reinforcement) یك نوع شرطی‌سازی است که در آن فرد چیزی مطبوع یا دلخواه را به‌عنوان پیامد رفتارش دریافت می‌کند.

تقویت منفی(negative reinforcement) یك نوع شرطی‌سازی است که باعث از بین رفتن رویداد آزارنده می‌شود. این کار از طریق ظاهر شدن (یا ظاهر نشدن) رفتار هدف[1] صورت می‌گیرد.

تعمیم(generalization) بر این فرض استوار است که تقویت همراه با یك محركِ بخصوص نه تنها احتمال به وقوع پیوستن پاسخِ بخصوص محرك را زیاد می‌کند بلکه شامل محركهای شبیه نیز می‌شود. فرایند تعمیم بسیار مهم است زیرا هیچ دو محركی یا هیچ دو موقعیت محركی کاملاً شبیه به هم نیستند.

تمیز(discrimination) یك فرایند یادگیری است که در آن ارتباطات بین محركها و پاسخها که از طریق فرایند تعمیم به‌وجود آمده‌اند، از طریق ترکیب خاموش سازی با تقویت به طور جداگانه از بین می‌روند.

تنبیه(punishment) رفتار متقابلی است شامل استفاده از یك رویداد آزارنده به خاطر یك کار یا رفتار بخصوصی که از فرد سر زده است. تنبیه فقط در مورد آن دسته از رفتارهایی به کار گرفته می‌شوند که می‌بایست ترك شوند.

حساسیت‌زدایی(desensitization) یکی از تکنیك‌های رفتاری است که در آن اضطراب از طریق به کارگیری آرامش عضلانی به عنوان عمل شرطی‌سازی تقابلی کاهش می‌یابد. اضطرابی که محركهای مختلف به‌وجود می‌آورند درجه‌بندی می‌شود (سلسله مراتب اضطراب) و هر یك با آرامش عضلانی همراه می‌گردد تا ارتباط بین محركها و اضطراب کاهش یابد.

خاموشی(extinction) فرایند حذف یك پاسخ ناخواسته از طریق عدم تقویت آن است.

رفتار درمانی(behavior therapy) یك رویکرد درمانی است شامل کاربرد اصول

1. target behavior

یادگیری برای تغییر رفتار. در حالی که اغلب رفتار درمانی و تغییر رفتار را به صورت متناوب استفاده می کنند اما رفتار درمانی اصولاً به شرطی‌سازی کلاسیك مربوط می‌شود در حالی که تغییر رفتار به شرطی‌سازی کنشگر مرتبط است.

رفتار روان رنجوری(neurotic behavior) نوعی عادت پایدار یك رفتار انطباق نایافته که توسط یادگیری در ارگانیزمی که از نظر روانشناختی هنجار است، به‌وجود آمده باشد. اضطراب معمولاً جزء اصلی این رفتار است که در موقعیتی که سبب به‌وجود آمدن آن می‌شود به صورت تغییر ناپذیری حضور دارند.

سلسله مراتب اضطراب(an anxiety hierarchy)، فهرستی از محرکها بر اساس اضطرابی که ایجاد می کنند با توجه به یك موضوع خاص. سلسله مراتب اضطراب مجموعه درجه‌بندی شده از محرکهایی است که تولید اضطراب می کنند و درمانگر این محرکها را در رابطه با عامل شرطی‌سازی تقابلی ارائه می‌دهد تا اضطراب وابسته به محرك را از بین ببرد.

شرطی‌سازی آزارنده(aversive conditioning) یکی از تکنیکهای رفتاری است که بر آن اساس رفتار نشانگر[1] مراجع با یك محرك دردناك پیوند می‌یابد و این کار تا زمانی ادامه می‌یابد که از بروز رفتار ناخواسته جلوگیری شود. معمولاً یك شوك خفیف الکتریکی یا یك مخلوط استفراغ‌آور از جمله محرکهای آزارنده هستند.

شرطی‌سازی تقابلی(counter conditioning) یك تکنیك است که در آن آزمایشگر (یا درمانگر) یك محرك غیرشرطی را که منجر به پاسخ غیرشرطی ناهمساز با پاسخ شرطی می‌شود ارائه می کند و بر این اساس مانع از بروز پاسخ شرطی می‌شود. به عنوان مثال: آرامش عضلانی[2] (UR) ناهمساز با ترس (CR) است.

شرطی‌سازی کلاسیك(classical conditioning) یا پاسخگر[3] یك نظریه یادگیری

1. symptomatic behavior
2. relaxation
3. respondent

است که ناشی از کار ایوان پاولف می‌باشد. این نظریه اساساً بر این اصل استوار است که هرگاه محرك شرطی با محرك غیرشرطی همراه شود پاسخ شرطی شبیه به پاسخ غیرشرطی را ایجاد می کند.

شرطی سازی کنشگر(operent conditioning) یا وسیله‌ای[1]، یك نظریه یادگیری است که ناشی از کارهای اسکینر می‌باشد. تفاوت اصلی بین شرطی سازی کنشگر و شرطی‌سازی کلاسیك این است که در شرطی‌سازی کنشگر زمانی که رفتار به صورت خود انگیخته بروز می کند، محرك غیر شرطی به دنبال رفتار از پیش تعیین شده می آید.

شکل دهی پاسخ(response shaping) فرایند حرکت از رفتارهای ساده[2] (که نزدیك به رفتار نهایی است) به سوی رفتار پیچیده و نهایی. از طریق این فرایند، رفتارهای خاصی که به رفتار مطلوب نزدیك است تقویت می‌شود در حالی که دیگر رفتارها تقویت نمی‌شوند. هر مرحله از این فرایند مستلزم نزدیکی بیشتر رفتار دلخواه قبل از ارائه تقویت است.

غرقه‌سازی(flooding) یك تکنیك درمانی است که در آن ارائه تکرار محرك شرطی بدون تقویت، موجب خاموش‌سازی پاسخ شرطی می‌شود. غرقه‌سازی با حساسیت‌زدایی از این بابت فرق می کند که در غرقه‌سازی شرطی‌سازی تقابلی به کار برده نمی‌شود.

مرور ذهنی رفتار(behavior rehearsal) یکی از تکنیك‌های درمان است که بر آن اساس مبادلات کوتاهی میان مراجع و مشاور در صحنه‌ای از زندگی مراجع صورت می گیرد. هدف چنین تمرینی آماده‌سازی مؤثر مراجع برای مقابله با «حریف» واقعی است. بنابراین اضطرابی که بعداً به وجود می آید ممکن است به صورت تقابلی منع گردد.

یادگیری تقلیدی (اجتماعی)(imitative (social) learning) فرایندی است که بدان وسیله یك مشاهده کننده پاسخ بخصوصی را از طریق تماشای یك شخص (یا یك الگو) که آن پاسخ را در محیطی ارائه می کند، یاد می گیرد.

---

1. instrumental
2. simple behavior

ماهیت انسان

نظریه رفتاری معتقد است که اکثر رفتارهای انسان یاد گرفته شده‌اند. انسانها اصولاً نه خوب و نه بد هستند بلکه زندگی را با صفحه ننوشته لوح سفید آغاز می کنند که برروی آن چیزی نوشته نشده است. ما در هر صورت موجوداتی واکنشی[1] هستیم: ما به محرکهای محیطی پاسخ می‌دهیم. رفتار و الگوهای رفتاری از طریق تعامل با محیط یاد گرفته می‌شود. بعضی از رفتارها (حداقل در بعضی از قسمت‌ها) به وسیله وراثت یا به وسیله ارتباط متقابل محیط و وراثت تعیین می گردند. اما از آنجا که این موضوع یعنی وراثت را نمی‌توان مستقیماً کنترل کرد، لذا مشاور رفتاری، هیچگونه علاقه و رغبت بالینی در این مورد ندارد.

انسانها برخلاف حیوانات قادر به شناخت هستند. این کار آنها را قادر می‌سازد تا پاسخهای جدیدی را نسبت به محیط خلق نمایند. ما ـ مانند حیوانات ـ در قید و بند شرطی شدنهای گذشته نیستیم. ما قادریم برای پاسخهایمان به محیط برنامه‌ریزی کرده و آنها را ارزیابی نماییم. مشاور رفتاری معتقد است که همهٔ آن چیزهایی را که در مورد ماهیت انسان می‌دانیم فقط از طریق رفتار یاد گرفته شده‌اند و این یادگیری تنها زمانی که رفتار به صورت عملی تعریف شود و داده‌ها تعیین گردند مفید خواهد بود. (هاسفورد[2] ۱۹۶۹)

ساختار شخصیت

رفتارگرایان نسبت به نظریه شخصیت رغبت زیادی نشان نمی‌دهند. زیرا در دیدگاه آنها فرضیه‌ای که زیربنای چنین نظریه‌ای است هیچ کمکی در توسعه تکنیک‌های تغییر رفتار نمی کند. بعضی از آنها نظریه شخصیت را به مسخره می گیرند و آن را تحقیر می کنند زیرا معتقدند که با وجود این نظریه، متخصص بالینی سعی می کند تا فرد یا رفتار او را با نظریه تطبیق دهد و یا در آن بگنجاند. در حالی که آنها باید نظریه را با واقعیت مشاهده شده تطبیق دهند. در هر صورت رفتارگرایان به شناختن، پیش‌بینی کردن و (درزمانی که مناسب

---

1. reactive beings
2. Hosford

باشد) به تغییر رفتار علاقه‌مند هستند و علاقه‌ای به برچسب زدن به افراد، اختراع یا ابداع فرضیه برای تشریح آنچه که می‌تواند مشاهده شود، ندارند.

رشد شخصیت

از آنجا که رفتارگرایان علاقه‌مند به ساختارهای شخصیت نیستند، لذا کمتر نیز درمورد رشد شخصیت به عنوان جوهر وجود صحبت می‌کنند. به جای این کار، آنها در مورد رفتار و الگوهای رفتاری فکر می‌کنند و بیشتر علاقه‌مند به پیش‌بینی رفتار هستند تا اینکه بخواهند شخصیت را تشریح نمایند. طبق نظریه یادگیری، فرد از طریق «آنجا بودن»[1] یاد می‌گیرد. او به‌وسیله کیفیت محیط یا موفقیت روانشناختی تشویق یا تنبیه می‌گردد. کمیت یا کیفیت تشویق یا تنبیه (اینکه پاداش دریافت نماید تا تنبیه شود) از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بنابراین هر فردی از طریق تجربه یاد می‌گیرد. یاد می‌گیرد که موقعیت‌ها را به عنوان ارضا کننده[2] (پاداش دهنده)[3] یا ارضا نکننده[4] (تنبیه کننده)[5] ادراک نماید و سپس به موقعیت براساس ادراک منحصر بفردش واکنش نشان می‌دهد.

رشد رفتار ناسازگار[6]

رفتار درمانگران کنشگر عمدتاً رفتار ناسازگار را به عنوان رفتاری که اساساً متفاوت از هر نوع رفتار دیگر باشد نمی‌نگرند بلکه معتقدند که فرد به‌وسیله محیط شرطی شده است و او به گونه‌ای پاسخ می‌دهد که اجتماع آن پاسخ را نامناسب یا ناسازگار قلمداد می‌کند. مخصوصاً اینکه رفتارهای انطباقی یاد گرفته نشده‌اند در حالی که رفتارهای ناسازگار یاد گرفته شده‌اند. (ریچلاک[7] ۱۹۸۱) بعبارت دیگر رفتار ناسازگار رفتاری است که دیگر نه فرد از آن طریق ارضا می‌شود و نه تعارضی با محیط برای او به‌وجود می‌آورد.

1. being there
2. satisfying
3. rewarding
4. dissatisfying
5. punishing
6. operant behavior therapists
7. Rychlak

در این مورد سه سؤال اصلی وجود دارد:

الف. چه رفتاری ناسازگار است. و با چه فراوانی صورت می گیرد؟

ب. چه جنبه‌هایی از موقعیت یا محیط نشانهٔ رفتار ناسازگار را حمایت یا حفظ می نماید؟

ج. چه عوامل محیطی را می توان دستکاری کرد؟

لازم به ذکر است که هیچ نوع فرضی که مربوط به فرایندهای آسیب‌شناختی در مراجع باشد و همین طور هیچ نوع استفاده از تکنیك‌ها یا طبقه‌بندی شیوه‌های تشخیصی وجود ندارد.

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

مشاورهٔ رفتاری اظهار می‌دارد که این مکتب رفتارهای ناسازگار را آشکار و یا فرایندهایی را که مستقیماً به چنین رفتارهایی مربوط می‌شوند را درونی می کند (به عنوان مثال: اضطراب یا هراس). همه رفتار درمانی‌ها بریك نظریه یادگیری و یا بر بیش از یك نظریه یادگیری استوار هستند. براساس آن نظریه‌ها، همه رفتارها ـ چه رفتارهای انطباقی و چه ناسازگارانه ـ از طریق تعامل با محیط آموخته می‌شوند. بنابراین همان قوانین یادگیری که موجب بروز رفتار خاصی شده است می توانند برای حذف و یا جایگزینی آن رفتار به کار گرفته شوند. اهداف درمان کاملاً معین هستند و شیوه‌ها مربوط به «اینجا و حالا»[1] می‌شوند و هیچ نوع کاربرد بی‌معنی از یك نظریه خاص یادگیری نمی‌شود. این رویکرد درمانی مستقیم با اهداف محدود و فرایند تمرکز، ظاهر یك درمان سطح پایین را به مشاورهٔ رفتاری می‌دهد. پاسخ رفتارگرایان به این انتقاد در ماهیت آن است. «ما را به وسیله نتایج کارمان مورد قضاوت قرار دهید، نه به وسیله ظاهر کارمان». به دلیل تمایل رفتارگرایان، سنجش مستقیم نتایج و اعتباریابی مجدد فرایند از جمله مشخصه‌های ثابت درمان آنهاست. بنابراین آگاهی معتبر تجربی از اینکه آیا «این کار مؤثر است» یا نه خود بخشی از

1. here and now

فرایند درمان است. (ریم[1] ۱۹۷۷)

فرایند مشاوره

مشاورهٔ رفتاری متغیرهای فرایند مشاور ـ مراجع را به عنوان بخشی از محیط یادگیری تلقی می کند و بنابراین آن را برای مؤثر بودن مشاوره حیاتی می داند. در حالی که رفتار درمانگران مختلف، معتقد به مراحل مختلفی در فرایند درمان هستند. چهار مرحله اصلی در همه آنها مشترك است: **سنجش، تعیین هدف، اجرای تکنیك‌ها و ارزیابی نهایی**. هر یك از این چهار مرحله به یکدیگر مربوط و در فرایند درمان ضروری به نظر می‌رسند. هر مرحله با عوامل داخلی و خارجی و روابط بین آنها مربوط است. (لافلور[2] ۱۹۷۹)

سنجش قصد و هدف این مرحله اولیه، تشخیص است. مراجع درحال حاضر چه می کند؟ قبل از درمان چه می کرده؟ سنجش نشانه و علامتی است که مؤثر بودن درمان را اندازه گیری می کند. سنجش اولیه در هفت مورد بر نکات قوت و ضعف تأکید می نماید:

الف. تحلیل مشکلات رفتاری که توسط مراجع ظاهر می‌شود.

ب. تحلیل محتوایی که در آن رفتارهای مشکل آفرین بروز می کنند.

ج. تحلیل انگیزشی

د. تحلیل تاریخ تحولی

هـ. تحلیل کنترل خود[3].

و. تحلیل روابط اجتماعی

ز. تحلیل محیط اجتماعی ـ فرهنگی، فیزیکی (کانفر[4] و سوسلو[5] ۱۹۶۹)

از آنجا که رفتارها به عنوان نشانه یا علامت درنظر گرفته نمی‌شوند لذا آزمونهای تشخیصی ابزار اصلی سنجش نیستند. اطلاعات از داده‌هایی که به وسیله مراجع و احتمالاً

1. Rimm
2. La fleur
3. self - control
4. Kanfer
5. Soslow

از دیگران به دست می آید، جمع آوری می شود. اطلاعات از طریق مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌ها، زمینه‌یابی، پاسخهای برنامه‌ای، آنچه که مراجع ثبت کرده، مقیاس درجه‌بندی و مشاهدات مستقیم از مراجع به دست می آید.

تعیین هدف با استفاده از اطلاعات جمع آوری و ارزیابی شده در مرحله سنجش، مشاور و مراجع برای مشاوره اهداف قابل قبولی را به طور مشترك تعیین می کنند. که این کار اهدافی را نیز برای اعمال مشاور و مراجع تعیین می نماید. مرحله تعیین هدف شامل سه گام است:

الف. کمك به مراجع تا مشکلات خود را در رابطه با اهداف مرتبط و قابل دسترس ببینند.

ب. در نظر گرفتن اهداف مراجع در رابطه با فشارهای محیطی احتمالی و در رابطه با اهداف یادگیری که از نقطه نظر رشد قابل دستیابی و قابل اندازه گیری باشند.

ج. خرد کردن هدف بزرگتر به اهداف جزئی تر و مرتب کردن آنها به تناسب.

لافلور (۱۹۷۹) و کرومبولتز (۱۹۶۶) سه ملاك را برای اهداف در مشاوره رفتاری شناسایی نمودند:

الف. مراجع باید تمایل به هدف داشته باشد.

ب. مشاور باید مشتاق کمك به مراجع برای دستیابی به هدف باشد.

ج. امکان ارزیابی از میزان دستیابی به هدف باید وجود داشته باشد.

برای دستیابی به این ملاکها، اهداف باید به صورت اهداف رفتاری توضیح داده شوند: چه کسی این کار را خواهد کرد؟ آنها چه کار خواهند کرد؟ تحت چه شرایطی این کار انجام خواهد گرفت و حداقل سطح عملکرد قابل قبول چیست؟

اجرای تکنیك در مرحله بعدی مشاور و مراجع تصمیم می گیرند که بهترین استراتژی‌های یادگیری یا تکنیك‌های مشاوره را برای اجرا انتخاب کنند تا بدان وسیله تغییر رفتار موردنظر را به وجود بیاورند. تکنیك‌های انتخاب شده با اهداف خاص مراجع متناسب و براساس اطلاعاتی است که در مرحله سنجش و تعیین هدف جمع آوری

شده‌اند. انتخاب تکنیک‌های مناسب براساس محیط درونی و بیرونی فعلی مراجع است. عواملی موجب رفتار مراجع بوده، آن را حفظ می‌کنند. وظیفه مشاور این است که تکنیک‌هایی را که بر یادگیری انفرادی مراجع تأکید دارد انتخاب نماید. (لافلور ۱۹۷۹)

ارزیابی نهایی در مشاورهٔ رفتاری، ارزیابی به صورت یك فرایند پیوسته و مستمر صورت می‌گیرد. ارزیابی کاری نیست که تنها در پایان درمان انجام شود. ارزیابی در رابطه با رفتار فعلی مراجع است. اعمال خاص مراجع که اساس ارزیابی را تشکیل می‌دهند همان اهداف رفتاری هستند. این اهداف در مرحله تعیین و توضیح هدف برای هر مراجع، به تفصیل بیان شده است.

ارزیابی نهایی چیزی بیش از پایان مشاوره است و مرحله‌ای است شامل:

الف. امتحان رفتار فعلی مراجع در رابطه با رفتارهای هدفگرا و رفتارهای مطلوب.

ب. شناسایی نیاز مراجع به مشاورهٔ اضافی.

ج. کمك به مراجع برای انتقال آنچه که در مشاوره آموخته به رفتارهای دیگرش.

د. تدارك وسایلی برای نظارت پیوسته بر رفتارهای مراجع. (لافلور ۱۹۷۹)

اهداف مشاوره

اهداف مشاورهٔ رفتاری، همان اهداف رفتاری منحصر به فرد مراجع است-هیچگونه اهداف جهانی برای همه مراجعان وجود ندارد. بنابراین اهداف جنبه شخصی دارند و درمان، هدف بخصوصی را مورد نظر قرار نمی‌دهد و احتمالاً این کار نیز جنبه شخصی دارد. کرومبولتز و تورسون مثالهایی از اهداف مشاوره که براساس مشکلات خاصی تعیین شده‌اند، ارائه می‌دهد. (۱۹۷۶) این مطلب را لافلور (۱۹۷۹) به شرح زیر خلاصه کرده است:

۱. حتی در زمانی که مشکل رفتاری مربوط به رفتار فرد دیگری است باز هم مشاور باید آن را به عنوان مشکل مراجع در نظر بگیرد. در این مورد، مراجع سه انتخاب دارد: الف. به فرد دیگر کمك کند تا رفتارش را تغییر دهد. ب. یاد بگیرد که با آن فرد زندگی

کند. ج. از تماس با آن فرد پرهیز نماید.

۲. چنانچه مشکل به عنوان یك احساس بیان شود، مشاور می‌تواند به مراجع کمك نماید تا رفتارهای جدید را یاد بگیرد. که این رفتارها با احساس مشکل آفرین ناهمساز است.

۳. زمانی که مشکل فقدان هدف است، مشاور ابتدا می‌تواند به مراجع کمك کند تا توجه خود را بر اهداف رفتاری خاص متمرکز نماید و سپس مهارتهای مورد نیاز برای دستیابی به آن اهداف را به دست آورد.

۴. زمانی که هدف تعیین شده مراجع در واقع مطلوب نیست، مشاوران می‌توانند به مراجعان خود در ارزیابی نتایج دستیابی به هدف تعیین شده کمك نمایند و آنها را در جستجو برای شقوق احتمالی دیگر مساعدت و یاری نمایند.

۵. زمانی که مراجعان از رفتار نامناسب خود آگاهی ندارند، مشاوران می‌توانند به آنها آموزش دهند که چگونه در جستجوی بازخوردهای محیطی باشند و از آن استفاده ببرند.

۶. زمانی که مراجع به خاطر تعارض در انتخاب عاجز شده است، مشاور به او مهارتهای منظم تصمیم گیری را آموزش می‌دهد.

آموزش مشاور

وانتز[1] و هولیس[2] (۱۹۸۰) معتقدند که مشاورهٔ رفتاری از نقطه نظر تعداد مؤسسات آموزشی که جهت فلسفی خود را مشخص کرده‌اند در مرتبه سوم بعد از التقاطی و پدیدار شناختی قرار دارد. در سال ۱۹۶۹ وودی[3] از محدودیت فرصتهای آموزش برای مشاوران رفتاری ناراحت بود. تا سال ۱۹۸۲ این محدودیتها برطرف شد. به خاطر تفاوت و گوناگونی مشاوران و درمانگران رفتاری، نمی‌توان روی یك مؤسسه یا سازمان، به عنوان نمونه‌ای از رویکرد مشاورهٔ رفتاری انگشت گذاشت. از طرف دیگر رهبران این رشته به‌طور کلی با مؤسسات آموزش عالی ارتباط و پیوند دارند. افراد زیر از جمله تعدادی از این رهبران هستند که در مؤسسات آموزش عالی کار می‌کنند.

1. Wantz
2. Hollis
3. Woody

جوزف ولپ[1] در تمپل[2]، ری هاسفورد[3] در دانشگاه کالیفرنیا در سانتاباربارا[4]، جان کرومبولتز[5] و کارل تورسن[6] در استنفورد[7] و آرنولد لازاروس[8] در راتگرز[9].

کارکرد مشاور

در چارچوب نظریه یادگیری مسئولیت اصلی تصمیم گیری برای دورهٔ بخصوصی از مشاوره به عهدهٔ مشاور است یعنی او تصمیم می گیرد که چه تکنیک‌های بخصوصی را می‌خواهد در مشاوره مورد استفاده قرار دهد. زمانی که موضوع (هدف) مشخص و تعریف شد و مشاور و مراجع هر دو بر آن توافق نمودند، مشاور فرایند مشاوره را کنترل و مسئولیت نتیجه کار را به عهده می گیرد. مسئولیت مشاور این است که مراجع را وارد مرحله‌ای از عمل کند که نهایتاً انجام آن کارها به مراجع کمك می کند تا راه حل مشکل خود را پیدا نماید. این کنترل به معنای یك کنترل مستبدانه و استادانه که برخلاف میل مراجع صورت می گیرد، نیست. بلکه کنترلی است که مخصوصاً برای رسیدن به اهداف مراجع طراحی شده است و با رضایت کامل مراجع صورت می گیرد. مشاور رفتاری، نقش فعال و رهنمودی در درمان دارد. مشاور در این رویکرد مانند معلم و متخصص شناسایی رفتار ناسازگارانه عمل می کند. او شیوه‌های درمان بخش را نیز تجویز می نماید.

ولپ در سال ۱۹۵۸ تأکید کرد که درمانگر لازم است پذیرش و همدلی داشته باشد و قضاوت نکند. کرومبولتز (۱۹۶۶) نیز بر لزوم همدلی و گرمی تأکید می کرد. این نوع نگرشهای مشاور (پذیرش، همدلی و گرمی) می‌بایست با مراجع در میان گذاشته شود. مشاور باید گرم و همدل باشد و به افراد احترام زیادی بگذارد. اگر این شرایط در درمان

1. Goseph Wolpe
2. Temple
3. Ray Hosford
4. University of california at Santa Barbara
5. John Krumboltz
6. Carl Thoresen
7. Stanford
8. Arnold Lazarus
9. Rutgers

وجود نداشته باشد آنوقت ممکن است مشکل مراجع مشخص نشده و یا مراجع همکاری لازم را نکند.

در بازبینی ادبیات مربوط به این رویکرد، کراسنر[1] (۱۹۶۷) استدلال می کند که نقش هر روان درمانگری، بدون توجه به اعتقاد نظری او به عنوان یك «ماشین تقویت»[2] است. هر چند که درمانگر ممکن است در مورد آنچه که انجام می‌دهد، فکرهای مختلفی بکند، اما اساساً او از تقویت‌های اجتماعی استفاده می کند. او بعدها ادعا کرد که گرچه اکثر درمانگران با نقش «کنترل کننده» و «دستکاری کننده» رفتار احساس راحتی نمی کنند، اما این واژه‌ها نقش درمانگر را به درستی توصیف می کند. او می گوید شواهد نشان می‌دهد که مزیت نقش درمانگر این است که اوقدرت تأثیر گذاری و کنترل رفتار و ارزشهای دیگران را دارد. چنانچه درمانگری این نقش را قبول نداشته باشد و پیوسته در مورد اثرات رفتار خودش بر مراجع ناآگاه باشد، آنوقت این یك کار «غیر اخلاقی»[3] است.

عملکرد دیگر درمانگر سرمشق دهی نقش[4] درمانگر به مراجع است. بندورا (۱۹۶۹) بر این موضوع تأکید داشت که یکی از فرایندهای بنیادی که بدان وسیله مراجعان می توانند رفتار جدیدی را بیاموزند، تقلید یا سرمشق گیری اجتماعی است که توسط درمانگر ارائه می گردد.

تمرین مشاوره

هر مراجعی واکنش منحصر به فردی نسبت به محیط دارد. بنابراین تکنیك‌های مشاوره از یك مراجع به مراجع دیگر متفاوت است. زیرا هر مشکلی تکنیك خاصی را طلب می کند. اکثر رفتارها پاسخی به محرکهای محیطی هستند. تغییر رفتار، نیاز به تغییر جنبه‌های محیطی که موجب حمایت و تقویت رفتار نامطلوب شده‌اند، دارد. مشاور رفتاری، تکنیك خود را از طریق تحقیق در یادگیری استنتاج می کند و نه از نظریه‌های

---

1. Krasner
2. reinforcement machine
3. unethical
4. role - modeling

یادگیری. هاسفورد (۱۹۶۹) ریم (۱۹۷۷) تکنیک‌های رفتاری را تحت عنوان نظریه‌های یادگیری که این تکنیک‌ها بر اساس آنها بنا شده‌اند، طبقه‌بندی می کند.

تکنیک ها: شیوه های کنشگر

کنترل خود مشکلات مربوط به کنترل خود در یکی از دو مقوله زیر جای دارد:

الف. زیاده‌روی در رفتارهای علیه خود[1]. (پرخوری، سیگار کشیدن، قمار وغیره).

ب. کمبود رفتارهای مطلوب (مانند عادات مطالعه، ورزش، مهارتهای اجتماعی وغیره).

ویژگی اصلی هر دو نوع مشکلات مربوط به کنترل خود این است که رفتار نامطلوب بازخورد فوری دریافت می کند، به گونه‌ای که تقویت برای تغییر رفتار به تأخیر می افتد (اگر که تقویتی وجود داشته باشد). مثل دانش آموزی که به جای درس خواندن، غذا می خورد حرف می‌زند و یا چرت می‌زند. در ذیل خلاصه رئوس مطالب برنامه‌های کنترل خود که برای هر نوع مشکلی کاربرد دارد، می آید. (ریم ۱۹۷۷)

برنامه کنترل خود برای درمان فربهی باید به صورت زیر باشد:

۱. *تعیین مبنا[2]: دفعات خوردن، مقدار آن و نوع غذایی که خورده می‌شود را یادداشت کن و همین طور اوضاع و شرایطی که فرد را در هنگام خوردن احاطه نموده‌اند.*

۲. *شیوه‌های کار را معرفی کن. معمولاً یك یا دو شیوه در هر هفته:*

الف. محدود کردن محرك: غذا خوردن فقط روی میز شام و فقط در اوقات تجویز شدهٔ مشخص و معین؛ خوردن در حین انجام کار و فعالیت مانند روزنامه خواندن یا تلویزیون نگاه کردن ممنوع است.

ب. آهسته خوردن: مزه کردن هر لقمه از غذا و سپس قاشق غذاخوری یا هر وسیلهٔ

1. self defeating
2. base line

دیگر را برای مدتی پائین گذاشتن تا زمانی که غذا قورت داده شده و پایین برود.

ج. خارج کردن غذاهایی که برای خوردن زود آماده می‌شوند از خانه.

د. تقویت فوری خود (مانند تحسین کردن خود، تماشای تلویزیون): نحوهٔ خوردن مناسب و درگیر شدن در فعالیت‌هایی که خوردن همراه با آن امکان‌پذیر نیست مانند قدم زدن. اصل تقویت فوری یك رفتار مناسب در هر نوع برنامه کنترل خود اهمیت بسیار زیادی دارد.

درمانگر و مراجع به مدت چندین ماه، هفته‌ای یك بار یکدیگر را ملاقات می کنند. زمانی که به اهداف بلندمدت دست یافتند، آنوقت ماهی یك بار و یا یك ماه در میان همدیگر را ملاقات می کنند تا مطمئن شوند که عادات غذاخوردن، همچنان پایدار و باقی مانده‌اند.

در مثال دوم به خلاصه رئوس مطالب زیر از برنامه کنترل خود توجه کنید. این برنامه برای تقویت عادات مطالعه طراحی شده است:

۱. تعیین مبنا

۲. شیوه‌های کار را معرفی کن. معمولاً یك یا دو شیوه در هفته:

الف. تغییر دادن محیط محرك: محلی را که موجب حواس پرتی نمی‌شود انتخاب کن.

ب. تقویت نشانه[1]: وقتی که مکان مطالعه انتخاب شد، دانش‌آموز می‌بایست هیچ فعالیت دیگری مانند نوشتن نامه، یا مطالعهٔ تفننی انجام ندهد.

ج. شکل دهی و تقویت خود: به مراجع آموخته می‌شود که مطالعه کردن را در دوره‌های نسبتاً کوتاه مدت زمانی آغاز کند و قبل از اینکه احساس خستگی یا ملامت نماید آن را متوقف سازد و فوراً رفتار را تقویت نماید، منظور از شکل دهی این است که زمان مطالعه را روزانه بتدریج افزایش دهد. این کار می‌تواند با اضافه نمودن چند دقیقه در هر روز صورت گیرد.

د. بهتر کردن و اصلاح کارآمدی مطالعه: رشد عادات مطالعه مؤثر.

---

1. cue strengthening

اقتصادهای ژتونی اقتصادهای ژتونی می‌توانند تا زمانی که تأیید یا دیگر تقویت کننده‌های ناملموس مؤثر نباشند به کار برده شوند. براساس این نظام رفتار مناسب می‌تواند به وسیله تقویت کننده‌های ملموس (ژتونها) تقویت شوند و این ژتونها بعداً برای اهداف مطلوب یا امتیازها و مزیتها می‌توانند مبادله گردند. ژتونها برای به دست آوردن شیرینی، سیگار و اسباب بازی و یا شرکت در برنامه‌های مشخص می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. استفاده از ژتونها به عنوان تقویت کننده‌های رفتار مناسب چندین منفعت و فایده دارند:

الف. ژتونها ارزش مشوق خود را از دست نمی‌دهند.

ب. ژتونها می‌توانند تأخیری که ممکن است بین رفتار مناسب و پاداش آن وجود داشته باشد را کاهش دهند.

ج. ژتونها می‌توانند به عنوان وسیلهٔ اندازه گیری عینی و محسوس انگیزش، برای تغییر رفتارهای خاص به کار روند.

د. فردی که ژتون را دریافت می‌کند فرصت و امکان تصمیم گیری برای نحوه استفاده از آنها را دارد.

هـ. ژتونها پلی هستند برای اختلاف و شکاف موجود بین زندگی در یك مؤسسه و زندگی در یك دنیای واقعی. (آیلون[1] و آزرین[2] ۱۹۶۸)

بیوفیدبك[3] شیوه‌ها و روشهای بیوفیدبك، براساس شیوه‌های شرطی کردن کنشگر است. فشار خون، ضربان قلب، سطح تنش و درجه حرارت بدن و دیگر شاخصهای کمی کردن کارکردهای فیزیکی اندازه گیری می‌شوند و به وسیله اندازه‌ها یا درجه‌هایی (متر) یا نور و یا دیگر روشهای شنیداری و دیداری به مراجع ارائه می‌گردند. مراجع یاد می‌گیرد که کارکرد را از طریق نور یا صدا و یا متر کنترل کند.

---

1. Ayllon
2. Azrin
3. biofeedback

تکنیک ها: شیوه های شرطی سازی کلاسیک

ولپ(۱۹۵۰) نظامی را به نام «درمان از طریق بازداری تقابلی»[1] یا شرطی سازی تقابلی[2] رشد و توسعه داد که این نوع درمان موجب به وجود آمدن پاسخ غیرشرطی که با پاسخ موجود و نامطلوب، ناهمساز است، می شود. دو تکنیکی که اغلب با نام ولپ پیوند دارند، حساسیت زدایی منظم[3] و آموزش ابراز وجود[4] است.

حساسیت زدایی منظم این تکنیك بیشتر در مورد ترسهای غیرمنطقی یا فوبی‌ها[5] (هراسها) مؤثر است. ابتدا درمانگر باید روشن کند که در واقع ترسهای مراجع غیرمنطقی هستند. چنانچه این کار انجام شود یعنی ترس واقعاً غیرمنطقی باشد، درمانگر سپس تصمیم می گیرد که بفهمد آیا مراجع انواع گوناگونی از هراس را دارد یا فقط چند هراس اصلی را دارد. این کار لازم است، زیرا شواهدی وجود دارد که حساسیت زدایی با مراجعانی که هراسهای بسیاری آنها را احاطه کرده است، اثر کمتری دارد. درمانگر سپس مشخص می کند که آیا مراجع قادر است مراحل هراس خود را به طور روشن و آشکار مجسم کند و آیا قادر است زمانی که هراس را مجسم می کند، اضطراب را تجربه نماید؟ سپس درمانگر به مراجع تکنیك آرامش عمیق عضلانی را می‌آموزد تا حالت آرامش کامل سبب از بین بردن تنش شود. درمانگر با مراجع در حین تمرین صحبت می کند که معمولاً در حدود ۴۵ دقیقه طول می کشد تا مراجع یاد بگیرد که خود تکنیك آرامش عضلانی را انجام دهد. او یاد می گیرد که کدامیك از عضلات به آرامش احتیاج دارند و کدامیك ندارند. او این کار را در حداقل ده تا پانزده دقیقه می‌تواند انجام دهد. بعد از آموزش آرامش عضلانی، درمانگر و مراجع سلسله مراتب اضطراب مراجع را تهیه می کنند (برای هر هراس یك سلسله مراتب تهیه می‌شود). (به جدول ۱ـ۷ توجه کنید)

---

1. therapy by reciprocal inhibition
2. counter conditioning
3. systematic desensitization
4. assertive training
5. phobias

حساسیت‌زدایی زمانی صورت می گیرد که مراجع مراحل سلسله مراتب را در حالت آرامش عضلانی به تفصیل و به صورت واقعی مجسم کند. رفتار درمانگران معتقدند که آرامش عضلانی با اضطراب ناهمساز است و بنابر این ترس شرطی نخواهد شد. آنها همچنین فکر می کنند که شرطی نکردن ترس به شرایط واقعی در دنیای واقعی تعمیم داده خواهد شد. درمانگر از مرحله‌ای که کمترین اضطراب را ایجاد می کند شروع می نماید و کار خود را در سلسله مراتب اضطراب ادامه می‌دهد تا بدانجا که مراجع بتواند مرحله ترسناك را بدون اضطراب تصور نماید. (ریم ۱۹۷۷)

آموزش ابراز وجود ابراز وجود یعنی حمایت نمودن از حق خود و عقیده خود. بدون اینکه به حق و عقیده دیگران تجاوزی شود. روش اصلی آموزش ابراز وجود مرور ذهنی رفتار است. مثلاً تمرین کردن، با کمك درمانگر و ابراز وجود بیشتر است. (ریم ۱۹۷۷). درمانگر از طریق توضیحات تفاوت بین ابراز وجود و پرخاشگری، و همچنین ابراز وجود نکردن کار را شروع می کند. سپس او به بعضی از دلایلی که باعث می‌شود انسانها به یکی از سه طریق عمل کنند اشاره می کند و تأکید می کند که دو تای آخری غیرمؤثر بوده و خشنود کننده نیستند.

جدول شماره۱-۷ سلسله مراتب اضطراب برای هراس از مار (از کمترین ترس به بیشترین آن)

به کلمه «مار» در یك کتاب نگاه کن.

به تصویر مار در یك کتاب نگاه کن.

به کسی که در مورد مار صحبت می کند گوش کن.

یك مار زنده را در باغ وحش ببین.

به یك مار مرده وقتی که در جاده‌ای راه می‌روی نگاه کن.

به یك مار زنده وقتی که در جاده رانندگی می کنی نگاه کن.

به یك مار زنده وقتی که در جاده راه می‌روی نگاه کن.

مار مرده‌ای را در جاده دست بزن.

مار زنده‌ای را در دست کس دیگر لمس کن.

مار مرده‌ای را در دست بگیر.

مار زنده‌ای را در دست بگیر.

درمانگر و مراجع آنوقت با مرور ذهنی رفتار شروع می کنند، که در آن مراجع «موقعیت‌های ابراز وجود» را نقش بازی می کند و درمانگر در رابطه با نحوهٔ عمل مراجع و الگوهایی که بر ابراز وجود مؤثر هستند، باز خورد نشان می‌دهد.

بیشتر ادبیات مربوط به آموزش ابراز وجود (آلبرتی[1] و امونز[2] ۱۹۷۰، جاکوبُسکی[3] و لَنگ[4] ۱۹۷۸، لنگ و جاکوبُسکی ۱۹۷۶) با مشکلاتی که با بزدلی و ترسویی پیوند دارند، مرتبط هستند به هر حال آموزش ابراز وجود در مورد یاری دادن به افرادی که به‌صورت کلامی یا جسمی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، مؤثر است. به عنوان مثال درمانگر می تواند آموزش ابراز وجود را برای کمك به مراجعی که خشم یا تنفر را تجربه کرده است به کار برد تا او آنها را قبل از آنکه غیر قابل کنترل شوند از راههای مناسب بیان نماید. (ریم ۱۹۷۷)

شرطی سازی آزارنده[5] شرطی کنندگان عامل تنبیه (تقویت منفی) را به معنی حذف یا انکار تقویت مثبت تعریف می کنند. از طرف دیگر شرطی کنندگان کلاسیك تنبیه را (آنها ترجیح می‌دهند از واژه «شرطی سازی آزارنده» یا «شرطی سازی اجتنابی»[6] استفاده نمایند) به عنوان ارتباط و تداعی رفتار نشانگر[7] با محرك دردناك تعریف می کنند و این تا زمانی است که جلو رفتار ناخواسته گرفته شود. محرك آزارنده نوعاً شامل تنبیه با شوك الکتریکی یا محلول‌های تهوع آور است. اغلب چنانچه شرطی‌سازی آزارنده یا اجتنابی با

1. Alberti
2. Emmons
3. Jakubowski
4. Lange
5. aversive conditioning
6. avoidance conditioning
7. symptomatic behavior

دیگر شیوه‌ها ترکیب شوند، مؤثر خواهند بود. مانند آموزش ابراز وجود و شرطی‌سازی کنشگر. (ریم ۱۹۷۷)

تکنیک ها: شیوه های یادگیری اجتماعی

بندورا(۱۹۶۹) اولین کسی بود که استفاده از الگو یا سرمشق را برای یادگیری اجتماعی تشخیص داد. الگوها می‌توانند برای سه نوع اهداف کلی مراجع استفاده شوند:

الف. یادگیری یك رفتار جدید.

ب. تضعیف یا تقویت رفتاری که تقریباً یاد گرفته شده است.

ج. تسهیل پاسخ (کامل کردن رفتار).

مؤثر بودن شیوه‌های الگوسازی یا سرمشق گیری می‌تواند از طریق استفاده از الگویی که مراجع آن را به عنوان فردی با صلاحیت و معتبر یا شبیه به آن می‌شناسد، افزایش یابد. بعلاوه به مراجع باید فرصت داد تا بعد از ارائه الگو رفتار مورد نظر را تمرین نماید. این فرصت برای تقلید رفتار الگو شده به مراجع امکان می‌دهد تا در مورد تمرین‌هایش بازخورد دریافت نماید. (لافلور ۱۹۷۹)

تکنیک ها: غرقه‌سازی و شیوه های درمان با غرقه‌سازی تجسمی

حساسیت‌زدایی منظم به صورت مدرج انجام می‌شود. در غرقه‌سازی، از مراجع خواسته می‌شود که ترسناکترین صحنه ممکن را تصویر نماید. این کار را تا وقتی که پاسخ همراه با ترس او خاموش شود ادامه دهد. بعبارت دیگر مراجع در ترس غوطه‌ور یا غرقه می‌شود. از آنجا که در غرقه‌سازی، آرامش عضلانی به کار گرفته نمی‌شود (مانند حساسیت‌زدایی)، ترس به وسیله استفاده مفرط از بین می‌رود. در درمان با غرقه‌سازی تجسمی نیز از مراجع می‌خواهند که مراحل صحنه‌های تحریك کردن ترس را در غیاب آرامش عضلانی تصور نماید. تفاوت بین غرقه‌سازی و درمان با غرقه‌سازی تجسمی به محتوای صحنه‌هایی که مراجع باید آنها را تصور نماید، مربوط می‌شود. درمان با غرقه‌سازی تجسمی بر اهمیت موضوعات روانکاوی تأکید می‌کند. مانند ترسهای ناهوشیار مربوط به طرد دوران کودکی، جنسی، پرخاشگری و مانند اینها.

(ریم ۱۹۷۷، استمپ[1] و لویس[2] ۱۹۶۸)

پارامترهای درمان

محل درمان بسیار شبیه به محل روان درمانی های سنتی است. که در آن معمولاً جلسات هفتگی پنجاه تا شصت دقیقه ای در محل کار درمانگر برگزار می شود. رفتار درمانگران بجای تخت از یك تکیه گاه استفاده می کنند و نور اتاق نیز به وسیله یك کلید کنترل می شود.

مورد پژوهی

از آنجا که رفتار درمانی برای هر مراجعی منحصر بفرد است و به دلیل وجود انواع مختلف تکنیك ها در حل مشکل مراجع، آوردن متن نوشته شده یك یا دو جلسه مشاوره فردی و یا گلچینی از جلسات متعدد خیلی آموزنده نخواهند بود. به هر حال برای اینکه تصوری از شیوه های متعدد به دست آورید متن زیر آورده می شود. (فیچت[3] و سنفورد[4] ۱۹۷۶، صفحات ۱۴۰-۱۳۹)

آقای جونز ۳۱ ساله متأهل، مستخدم یك شرکت که به عنوان دزد محکوم شده است (۲۷/۲۰۰ دلار). او قبلاً محکومیتی نداشته است. او به پول شرکت خود دستبرد زد تا بدهی خود را در شرط بندی بر روی اسب بپردازد. برنامه درمان شروع شد. او نُه ماه را در زندان گذراند و در طول این مدت او به صورت کلامی روان درمانی شد که این کار به هیچوجه علاقه او را به شرط بندی کم ننمود. گرچه در زندان امکان گوش دادن به مسابقات و شرط بندی وجود نداشت؛ اما او در شرط بندی غیرقانونی در اسب دوانی شرکت کرد. چنانچه می توانست به برنامه رادیویی مسابقه نیز گوش می داد و دوبار نیز شرط بندی غیرقانونی کرد. او خود با یکی از نویسندگان این متن که عضو هیأت امنای زندان بود تماس گرفت و درخواست کمك کرد. زیرا که احتمال می داد وقتی از زندان آزاد شود بازهم شرط بندی کند و این کار دوباره برایش ایجاد مشکل نماید.

---

1. Stampfl
2. Levis
3. Fitchett
4. Sanford

تحلیل رفتار آقای جونز در مورد شرط‌بندی نشان داد که او در جلسات مسابقه شرکت نمی‌کرد بلکه به مسابقات گوش می‌داد. تصمیم گرفته شد که تأکید درمان بر رفتار موردنظر باشد. برای جمع‌آوری اطلاعات می‌بایست بدانیم که آقای جونز در هر هفته چندبار به مسابقات از طریق رادیو گوش می‌دهد از آنجا که هر هفته اینگونه مسابقات برگزار نمی‌گردند، لذا این کار به‌وسیله درصد تعداد کل زمانهایی که او می‌توانست در هفته به مسابقات گوش بدهد، نشان داده شد. ضمناً درصد شرط‌بندی‌های غیرقانونی که او در هر هفته در زندان انجام می‌داد نیز ثبت گردید.

برای شبیه‌سازی کردن «گوش دادن به پخش مسابقه»، چند نمونه از این نوع مسابقات روی ضبط صوت دونواره ضبط شد. و یك رادیوی قدیمی پیچدار به عنوان رادیوی واقعی مورد استفاده قرار گرفت. وقتی که مراجع پیچ رادیو را به علامت روشن کردن آن به یك طرف می‌چرخاند یکی از نوارها را می‌شنید و وقتی که به طرف دیگر آن می‌چرخاند، نوار دیگر را می‌شنید.

مراجع به ما گفته بود که رابطه او با همسرش برایش اهمیت زیادی دارد و زندگی در زندانی که هزاران مایل دور از شهرش است باعث می‌شود که دلش برای همسرش تنگ شود. به همین جهت ما فکر کردیم که اگر بتوانیم همسرش را در برنامه درمانی او مشارکت دهیم آنوقت این کار مؤثرتر خواهد بود. یکی از عاملین کار توانست موافقت همسرش را برای کمك به ما در برنامه درمانی جلب کند. صدای او را ضبط کردیم که به شوهرش می‌گفت عاشق اوست و از این موضوع بسیار ناراحت است، و می‌گفت که «لطفاً روی مسابقات شرط‌بندی نکن». ضمناً آقای جونز به ما گفته بود که او صدای خانمی را که جیغ آزاردهنده‌ای می‌کشید را شنیده است. ما صدای آن خانم را از طریق شبیه‌سازی یکی از همکاران روی نوار ضبط کردیم.

جلسه اول: آماده‌سازی جلسه اول شامل استفاده از حرفهای ناراحت کننده همسر و صدای جیغ یك زن در نوار پخش مسابقه بود. استفاده از این محرك آزارنده به صورت تصادفی صورت گرفت به ترتیبی که مراجع نتواند پیش از پخش محرك آزارنده، زمان آن را حدس بزند. جلسه اول همراه با پنج بار آزمایش این کار بود که در خلال آن مراجع به پخش مسابقه و

محرك آزارنده گوش می‌داد. او مجاز نبود که رادیو را خاموش کند یا اتاق را ترك نماید.

جلسه ۶ـ۲ : در خلال دومین بخش درمان آقای جونز می توانست با خاموش کردن پخش مسابقه از محرك آزارنده فرار کند و به صورت اتوماتیك نوار دیگر را روشن کند که از آن موزیك ملایمی شنیده می‌شد. و در آن نوار در فواصلی به صورت تصادفی صدای همسرش را می‌شنید که به او می گفت دوستتش دارد. او به دلیل خاموش کردن برنامه مسابقه تقویت مثبت دریافت کرد. در این مرحله نیز پنج جلسه ترتیب داده شد و در هر جلسه پنج بار این تمرین تکرار شد.

جلسه هفتم: جلسه هفتم مشابه جلسات قبلی بود با این تفاوت که در همه آنها در هنگام فرار از محرك آزارنده پاسخ مثبت نمی گرفت. این مرحله نیز در هر جلسه با پنج آزمایش همراه بود.

از کارمندان زندان خواسته شد که آقای جونز را زیر نظر بگیرند و ببینند که آیا او در خارج از جلسات درمان به مسابقه گوش می‌دهد یا خیر ضمناً از آقای جونز خواسته شد تا گزارشی از رفتار خودش را در موقع گوش دادن به مسابقات تهیه کند. برای مقایسه پیشرفت داده‌ها، ما اطلاعاتی را که از کارمندان زندان در مورد گوش دادن به مسابقات و خود آقای جونز دریافت کردیم را به درصد تبدیل نمودیم.

کاربرد

چه نوعی از رفتار درمانی و یا چه تکنیك‌هایی از رفتار درمانی می تواند توسط درمانگر یا مشاور انتخاب شود؟ جواب این پرسش به گرایش رفتاری درمانگر و ماهیت مشکل مراجع مربوط می‌شود. به عنوان مثال یك مشاور ممکن است برای مراجعی که دچار فوبی (هراس) شده است، از حساسیت‌زدایی منظم استفاده کند. در حالی که مشاور دیگری ممکن است سرمشق گیری یا غرقه‌سازی تجسمی یا روش شناختی ـ رفتاری را ترجیح دهد. یك مشاور مدرسه برای مشکلات انضباطی کلاس خود، یك مشاور زناشویی برای درمان مشکلات جنسی مراجع خود، درمانگری که رفتار بیماران روانی بیمارستان را شکل می‌دهد و والدینی که تلاش می کنند تا نوجوانان خود را بفهمند، هریك از روشهای متفاوتی برای درمان استفاده می کنند.

نقد

پشتوانه پژوهشی

در حالی که هزاران پژوهش کنترل شده در مورد درمانهای مختلف رفتاری وجود دارد، اما آنچه که در زیر می آید، نمونه کوچکی است از بعضی از مطالعات برجسته که هریك تکنیك‌های مختلف رفتار درمانی را حمایت می کنند.

کنترل شخصی بندورا و پرلوف[۱] (۱۹۶۷) نشان دادند که حتی با کودکان نوجوان نیز پاداش شخصی[۲] وسیله مؤثری برای تقویت پاسخهای معین است. افراد مورد پژوهش، برای اینکه پاداش بگیرند «کار کردند» و این گونه نبود که برای کار نکردن به خود پاداش بدهند. تا این تاریخ بیشتر برنامه‌های کنترل خود، به فربهی و سیگار کشیدن مربوط می‌شوند و به‌طور کلی نتایج آنها مثبت بود. (هال[۳] ۱۹۷۲، ماهونی[۴] و مورا[۵] و وید[۶] ۱۹۷۳) افرادی که در برنامه‌های کنترل وزن شرکت داشتند معمولاً هر هفته یك پوند وزن کم می کردند. مطالعات دیگر نشان داد که شیوه‌های کنترل خود می تواند در کم کشیدن سیگار نیز مؤثر باشد. (ساچ[۷]، بین[۸]، مارو).

اقتصادهای ژتونی شواهد روشنی وجود دارد که بیماران روانی پناهگاهی براساس اقتصاد ژتونی رفتار مناسب‌تری را نشان می‌دهند. (آیلون[۹] و آزرین ۱۹۶۸) ضمناً اقتصادهای ژتونی در مورد کنترل رفتار بزهکاری و پیش بزهکاری پسران موفقیت بیشتری را نشان می‌دهد. (فیلیپس[۱۰]، فیکسن[۱۱] و ولپ ۱۹۷۱). متأسفانه مطمئن نیستم

1. Perloff
2. self reward
3. Hall
4. Mahoney
5. Moura
6. Wade
7. Sachs
8. Bean
9. Ayllon
10. Philips
11. Fixen

که رفتار مناسبی که به وسیله چنین نظامی شکل گیری شده است، بتواند به محیط‌های طبیعی نیز تعمیم یابد.

حساسیت‌زدایی منظم بررسی و پژوهشهای بسیار زیادی از کارآیی این روش حمایت کرده‌اند. در میان مطالعات کلاسیک مطالعه پل[1] (۱۹۶۶) در مورد ترس از صحبت کردن در جمع، پژوهش داویسون[2] (۱۹۶۸) در مورد هراس از مار و امری[3] و کرومبولتز (۱۹۶۷) در مورد اضطراب امتحان وجود دارد. البته همهٔ داده‌ها از حساسیت‌زدایی منظم حمایت نکرده‌اند. آنها در مورد اینکه کدام عنصر از حساسیت‌زدایی منظم برای تخفیف ترس مؤثر است، مجادلات فراوانی داشته‌اند. اگر چه اکثر نویسندگان در مورد اینکه حساسیت‌زدایی یك وسیله مؤثر است هنوز جوابی نداده‌اند. (کازدین[4] و ویلکوزن[5] ۱۹۷۶).

آموزش ابراز وجود اخیراً مطالعات کنترل شده در مورد این تکنیك صورت گرفته است. (هرسن[6] و ایزلر[7] و میلر[8] ۱۹۷۴، مك‌فال[9] و لیلی سند[10] ۱۹۷۱، مك‌فال و توئنتی‌من[11] ۱۹۷۳) البته گاهگاهی نیز نتایج منفی به دست آمده است. به عنوان مثال یانگ[12]، ریم و کندی[13] (۱۹۷۳) کشف کردند که تقویت کردن ابراز وجود افراد مورد پژوهش، باعث افزایش رفتارهای مبتنی بر ابراز وجود آنها نگردید: مك‌فال و توئنتی‌من(۱۹۷۳) نشان دادند که سرمشق گیری به عنوان یك روش درمانی، تأثیر کمی بر

---

1. Paul
2. Davison
3. Emery
4. Kazdin
5. Wilcoxon
6. Hersen
7. Eisler
8. Miller
9. Mc fall
10. Lillesand
11. Twenty man
12. Young
13. Kennedy

ابراز وجود داشته است. در مورد قدرت تقویت و سرمشق گیری در کنترل رفتار انسان، لازم است تحقیقات بیشتری صورت گیرد تا این عوامل را در آموزش ابراز وجود بررسی کند. از طرف دیگر آموزش ابراز وجود در درمان گروهی مفید است و شواهدی وجود دارد که پیشنهاد می کند این روش در موقعیت‌های گروهی استفاده شود. (هدکویست[1] و وینگولد[2] ۱۹۷۰، راتوس[3] و ریم، هال براون[4] و استوارت[5] ۱۹۷۴). مطالعه ریم بخصوص از این جهت جالب است که افراد مورد آزمایش پرخاشگر بوده‌اند نه ترسو.

سرمشق گیری شرکت کننده[6] نتیجه مطالعات مربوط به سرمشق گیری شرکت کننده، مؤثر بودنش را نشان می‌داد مخصوصاً در مورد ترس از حیوانات خاص (بندورا، بلنچارد[7]، ریلتر[8] ۱۹۶۹، ریم و ماهونی ۱۹۶۹). این تکنیك شاید قوی ترین و سریع ترین وسیله کاهش باشد چنانچه محرکهای هراس کم شده و معین شوند.

غرقه‌سازی و درمان با غرقه سازی تجسمی آزمایشاتی که در آن شیوه‌های غرقه‌سازی به کار گرفته شده، نتایج متفاوتی را آشکار می‌سازد. دمور[9] (۱۹۷۰) تفاوت اندکی را بین غرقه‌سازی و حساسیت‌زدایی پیدا کرد گرچه نشانه‌هایی در آزمایش بعدی او وجود داشت که نشان می‌داد حساسیت‌زدایی مؤثرتر است. راچمن[10] (۱۹۶۶) غرقه‌سازی را کاملاً غیرمؤثر می‌دانست در حالی که پانچارد[11] (۱۹۷۵) نتایج مثبتی را از آن به دست آورد. نتایج درمان با غرقه‌سازی تجسمی نیز متفاوت بود. مك کوچن[12] و آدامز[13] (۱۹۷۵)

---

1. Hed quist
2. Wein gold
3. Raths
4. Brown
5. Stuart
6. participant modeling
7. Balanchard
8. Rilter
9. De moor
10. Rachman
11. Banchard
12. Mc cutcheon
13. Adams

نتایج مثبتی را گزارش کردند. در حالی که هاجسون[1] و راچمن(۱۹۷۰) نتایج منفی را از آن به دست آوردند. نتایج با یکدیگر تضاد داشتند. گرچه هیچ مطالعه‌ای تاکنون نشان نداده است که درمان با غرقه‌سازی تجسمی بهتر از حساسیت‌زدایی منظم است. بیشتر نویسندگان معتقدند که هر دوی این تکنیک‌ها می‌بایست به وسیله اشخاص بسیار ماهر تحت شرایط کنترل شده به کار گرفته شوند.

شرطی سازی اجتنابی شرطی‌سازی اجتنابی (اغلب شامل شرطی‌سازی رفع اضطراب) برای درمان همجنس گرایی تا حدی موفقیت آمیز بوده است. (فلدمن[2] و مك‌کلوچ[3] و بلیك[4] ۱۹۶۵) نتایج مثبت این روش را در مورد الکلیست‌ها نشان داده‌اند. اگر چه در این مطالعه کنترل ضعیفی وجود داشته است اما انحرافهای جنسی مانند مبدل پوشی جنسی به وسیله شیوه‌های کنترل آزارنده درمان شدند که این کار تا حدودی موفقیت آمیز بود. (لاوین[5]، تورپ[6]، بارکر[7]، بلاك مور[8] و کنوی[9] ۱۹۶۱).

رویکرد شناختی بررسی‌های آزمایشی متعددی (میشن‌بوم[10] گودمن، ریم و لیتواك[11] ۱۹۶۹، روسل[12] و براندرزمن[13] ۱۹۷۴) نشان دادند که فعالیت‌های شناختی مانند بیان کلامی بر آنچه که افراد احساس یا رفتار می کنند مقداری کنترل اعمال می کند. کار میشن‌بوم و همکارانش (میشن‌بوم و کامرون[14] ۱۹۷۳) و ریم (ریم و

---

1. Hodgson
2. Feldman
3. Mac culloch
4. Blake
5. Lavin
6. Thorpe
7. Barker
8. Blakemar
9. Conway
10. Merichenbaum
11. Litvak
12. Russell
13. Brandsman
14. Cameron

ساندرز[1] و وستل[2] ۱۹۷۵) نشان دادند که شیوه‌هایی که برای تغییر کامل بیان کلامی خود به کار گرفته شدند، ممکن است در کاهش هراس و دیگر الگوهای رفتاری ناسازگار مؤثر باشند.

ارزیابی

ارزیابی این دیدگاه به همان دلایلی که نمی توان بسادگی آنها را بیان کرد دشوار است. رفتار درمانی یك دیدگاه نیست بلکه مجموعه‌ای از دیدگاههاست (نه یك آمیختگی) با موضوع کم یا بیش یکسان (نظریه یادگیری). اما دلیل دیگری نیز ارزیابی این دیدگاه را مشکل می کند. بسیاری از ملاکهای استفاده شده در ارزیابی دیگر دیدگاهها در اینجا یا به کار برده نمی‌شوند، و یا به همان صورت در اینجا و آنجا به کار برده می‌شوند. به عنوان مثال معنای «درمان» در این دیدگاه شبیه به دیگر دیدگاهها نیست. شیوه و اساس و بنیان درمان متفاوت است. شما چگونه می توانید رویکردی را که هدفش رها کردن مراجع از هراسی خاص یا یك عادت بد است را با رویکردی که هدفش هدایت مراجعان خود به سوی خودشکوفایی، مسئولیت یا علاقه اجتماعی است با یکدیگر مقایسه کنید؟ سیب و سیب‌زمینی هر دو غذای مقوی هستند اما شما چگونه سهم یگانه‌ای را که هریك از آنها برای سلامت بدن دارند را با یکدیگر مقایسه می کنید؟ من فکر می کنم که جواب صادقانه ما این باشد، «محتاطانه» رفتار کنیم.

کارخوف و برنسون در سال ۱۹۷۷ نشان دادند که به نظر می‌رسد که سهم عمدهٔ رویکردهای گوناگون رفتاری در دیدگاه منظم و علمی آنها برای درمان نهفته است. ملاك خوب تعریف شدهٔ آنها در مورد نتیجه (به صورت واژهٔ رفتاری) تمایل آنها به امید دادن به مراجع جالب است در حالی که دیگر دیدگاهها امید کمی و یا هیچ امیدی به مراجع نمی‌دهند: افراد بدبختی که در گوشه و کنار بیمارستانهای روانی بسر می‌برند.

رویکرد رفتاری بیش از دیگر دیدگاهها به مراجع امکان می‌دهد تا فرایند درمان را

1. Saunders
2. Westel

درك نماید. این کار از طریق عرضه این فرایند همراه با اطلاعات دقیق در مورد نقش آنها در فرایند درمان و میزان پیشرفت آنها در جریان آن صورت می گیرد. ضمناً این رویکرد اطلاعات مفیدی را در مورد تقویت‌های موجود در محیط آنها که موجب ابقای هر نوع رفتار یعنی سازگار و ناسازگار می‌شود، به دست می‌دهد.

به نظر می‌رسد که محدودیتهای عمده قسمت خوب بعضی از امتیازات آن باشد. تنها ویژگی این رویکرد که درمان را بر رفتاری خاص یا مجموعه‌ای از رفتارها متمرکز می کند، معرفی ریسك یا خطر کردن است که درمان را محدود به مقابله با زندگی می کند. نیروی تکنیك‌های مختلف، راه را برای افراد غیرمتعهد به اخلاق باز می کند که از قدرت این روشها سوءاستفاده نمایند. بالاخره به عقیدهٔ من اعتراض اصلی به رویکردهای رفتاری این است که آنها مسئولیت اصلی اثربخشی «درمان» را از مراجع گرفته و به مشاور می‌دهند.

فصل هشتم

گشتالت درمانی

اگر شما فکر می کنید که آلبرت الیس فرد بی نظیری بود، باید کمی تأمل کنید تا فریتس پرلز[1] را بشناسید. او بر اساس تعریف خودش، یك پزشك، یك روانكاو، یك محقق، یك خلبان و یك «پیرمرد کثیف» بود. (پرلز ۱۹۶۹). عبارت «رودخانه را هل ندهید، خودش جاری می‌شود.» به طور مکرر در شرح حال او دیده می‌شود. این طور به نظر می‌رسد که این عبارت مشخص کننده فلسفه زندگی پرلز باشد. شرح حال او به شیوه‌ای هوشیارانه و بدون ذکر شماره صفحات نوشته شده است. این شیوه کار را مشکل می کند اما نشاندهندهٔ مقاومت و اکراه پرلز در ملزم کردن خود می‌باشد. عنوان شرح حال او، از نخستین مصرع شعری که خودش سروده، گرفته شده است.

درون یا بیرون سطل آشغال
خلاقیت خودرا می گذارم
خواه زنده و خواه راکد

1. Fritz Perls

غم یا شادی را
خوشحالی و افسردگی آنچنانکه من داشتم
دوباره رسیدگی خواهد شد
احساس عاقل بودن یا دیوانه بودن
پذیرفته یا مردود می‌شود
آشغال و آشفتگی به پایان می‌رسد
و به جای یك گیجی وحشی
یك گشتالت معنی‌دار ایجاد می‌شود
از ماحصل زندگی من
در خلال خواندن این فصل به خاطر داشته باشید که رودخانه را هل ندهید.

تحول تاریخی

زمینه شخصی

فردریك سولومون فریتز پرلز[1] (۱۹۷۰-۱۸۹۳) در برلین، در یك خانواده متوسط کم‌درآمد یهودی به دنیا آمد. او مطالب زیادی را در مورد سالهای اول زندگی و یا خانواده‌اش آشکار نساخته است. او خواهری کوچکتر از خود داشت که دوستش می‌داشت و خواهری بزرگتر که علاقه چندانی بدو نداشت. او شرکت گاه‌به‌گاه پدرش را در مراسم مذهبی یهودیت منافقانه تلقی می‌کرد. پرلز درجه دکترای پزشکی خود را از دانشگاه فردریك ویلهلم[2] در سال ۱۹۲۰ دریافت نمود. او در مؤسسه روان‌درمانی وین و برلین زیر نظر ویلهلم رایش[3]، اتو فنیشل[4] و کارن هورنای[5] تحصیل کرد. او در برلین بالورا[6] که دانشجوی کورت گلدشتاین[7]،

1. Frederick Solomon "Fritz" Perls
2. Frederich Wilhelm
3. Wilhelm Reich
4. Otto Fenichel
5. Karen Horney
6. Lore (Laura)
7. Kurt Goldstein

روانشناس پیرو گشتالت که در دوره کارشناسی ارشد درس می‌خواند، آشنا و با او ازدواج کرد. در سال ۱۹۳۳ زمانی که فشار هیتلر بر یهودیان افزایش یافت و این فشار غیرقابل کنترل گشت، پرلز به آمستردام[1] رفت و در آنجا یك سال را در شرایطی که بی‌شباهت به شرایط آن فرانك[2] نبود، سپری کرد. در سال ۱۹۳۴ او هلند را پیش از آنکه به دست نازی‌ها بیفتد ترك کرد و به ژوهانسبورگ[3] آفریقای جنوبی رفت و در آنجا به‌عنوان روان‌درمانگر کار کرد. در سال ۱۹۳۵ مؤسسه روان درمانی آفریقای جنوبی را بنیان گذاشت. با بالا گرفتن آپارتاید[4] در سال ۱۹۴۶ پرلز آفریقای جنوبی را به مقصد نیویورك ترك گفت. او در سال ۱۹۵۲ باتفاق همسرش و پل گودمن[5] مؤسسه گشتالت درمانی نیویورك را بنیان گذاشتند. در سال ۱۹۵۶ از زندگی در نیویورك به طور کلی، و از زندگی با لورا بویژه احساس نارضایتی کرد و لذا با یکی از بیمارانش به میامی رفت و پس از اقامتهای کوتاه در چند شهر دیگر به عنوان دانشیار روانپزشك به مؤسسه «ایسالن»[6] در «بیگ‌شور»[7] کالیفرنیا پیوست (۱۹۶۴). او تا سال ۱۹۶۹ درآنجا ماند و سپس به ونکوور[8] در بریتیش کلمبیا[9] کانادا رفت. او تلاش کرد که درآنجا جامعه گشتالت درمانی را به وجود بیاورد، اما در مارچ ۱۹۷۰ جهان را بدرود گفت. (پاترسون[10]، ۱۹۸۰ پرلز۱۹۶۹ کپی)

زمینه‌نظری

پرلز شغل روانپزشکی را به عنوان یك روانکاو پیرو مکتب فروید، آغاز کرد و هرگز نتوانست به طور کامل رابطه شبه ادیبی خود را با فروید حل کند. لذا نشانه‌های زیادی از

1. Amesterdam
2. Anne Frank
3. Johannesburg
4. Apartheid
5. Paul Goodman
6. Esalen Institute
7. Bigsur
8. Vancouver
9. British Columbia
10. Patterson

نفوذ روانکاوی در گشتالت درمانی وجود دارد. در دهه ۱۹۲۰ پرلز با ماکس ورتایمر[1]، ولف گنگ کهلر[2]، کورت کافکا[3] ملاقات نمود. این نظریه‌پردازان تصمیم گرفتند نظامی از روان‌شناسی را توسعه دهند که با تحلیل محرك ـ پاسخ رفتارگرایی که در آن زمان در آلمان محبوبیت پیدا کرده بود، اختلاف فاحش داشت. آنها متقاعد گشتند که رفتار براساس پدیده‌های روانشناختی استوار است که سازماندهی شده و ترکیبی از کل‌هاست و نه منظومه‌ای از اجزای خاص. آنها نظام خود را روان‌شناسی گشتالت نامیدند.

گشتالت يك واژهٔ آلمانی است که واژهٔ کاملاً مترادفی در زبان انگلیسی ندارد. شکل‌بندی، ساخت، الگوی یگانه، یا کل سازمان‌یافتهٔ معنی‌دار، از جمله واژه‌هایی هستند که تقریباً همان معنا را دارند. کلمه گشتالت به معنی این است که يك کل چیزی بیشتر و یا متفاوت از مجموع اجزای آن است. سازماندهی قسمت‌های جزئی، ساختاری را خلق می کند که ویژگی خاص خود را دارد. در خصوص ادراك یا تجربه کردن، معنا یا اهمیتی را به محرك وارده می‌افزاییم. این کار از طریق مزیت دادن به الگوهای خاص یا گشتالت‌هایی که ما آنها را شکل می‌دهیم صورت می گیرد.

روان شناسی گشتالت اساساً بر فرایند ادراك یا یادگیری تأکید می نماید. اما پرلز تنها چند اصل ازروان‌شناسی گشتالت را به گشتالت درمانی منتقل نموده است. پاسونز[4] (۱۹۷۵، صفحات ۱۳ ـ ۱۲) این اصول اساسی را فهرست کرده است:

۱. *انسان گرایش به کامل کردن[5] دارد. گشتالت کامل نشده یا ناتمام، تا زمانی که کامل شود توجه را جلب می کند. مکالمه بین دو نفر با این سؤال که «چه کسی در فیلم خیره شده بود؟» قطع می گردد و هیچکس نمی‌تواند نام آن فرد را به یاد بیاورد نهایتاً يك نفر نام آن شخص را می گوید. گشتالت کامل می‌شود، و مکالمه ادامه می یابد.*

۲. *انسان براساس نیازهای کنونی‌اش، گشتالت را کامل می کند. يك چیز گرد را جلوی*

1. Max Wertheimer
2. Wolf Gang Kohler
3. Kurt Koffka
4. Pássons
5. closure

بچه‌هایی که بازی می‌کنند روشن کنید. آنها آن را یك توپ ادراك می‌کنند، بچه‌های گرسنه ممکن است آن را یك سیب یا یك همبرگر ادراك نمایند.

۳. *رفتار انسان یك کل است که این کل از مجموعه اجزای خاص آن بزرگتر است. گوش دادن به یك قطعه موسیقی فرایندی است که این فرایند چیزی بیش از گوش دادن صرف به نُتهای خاص موسیقی می‌باشد. یك آهنگ چیزی بیش از مجموعه‌ای از نتهاست.*

۴. *رفتار انسان را تنها می‌توان در یك بافت یا زمینه*[1]*، به صورت معنی‌داری درك کرد. کودکی که والدینش او را با چوب می‌زنند، زمانی که معلم با یك خط‌کش به او نزدیك می‌شود، می‌ترسد و این کار معلم را در همان بافت یا زمینه درك می‌کند.*

۵. ***انسان دنیا را براساس اصل شکل و زمینه تجربه می‌کند. در رابطه با تابلوی نقاشی، زمانی که فرد به رنگها و اشکال به عنوان شکل توجه می‌کند، آنوقت قاب و دیوار زمینه هستند. اما اگر توجه به قاب باشد آنوقت قاب شکل می‌شود و نقاشی زمینه.***

گشتالت درمانی از نظر فلسفی شکلی از اگزیستانسیالیسم (فلسفه وجودی) است. فلسفه وجودی می‌خواهد بداند که مردم وجود بی‌واسطه خود را چگونه تجربه می‌کنند؛ درحالی که روان‌شناسی گشتالت می‌خواهد بداند که این وجود چگونه ادراك می‌شود. پرلز در گشتالت درمانی این دو را به هم آمیخت.

پرلز از اندیشه‌ها و افکار دیگر نظریه‌پردازان نیز استفاده کرد. نقش گزاری روانی (سایکودراما) از مورنو[2] اخذ گردید. در نگرش راجرز باز خورد به عنوان عامل درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این کار از طریق توجه به وضع بدن، حالت صدا، حرکات چشمها، احساسات و ایما و اشاره‌ها صورت می‌گیرد. در سرتاسر گشتالت درمانی نمونه‌هایی از دیدگاههای وجودی و بشردوستانه درمورد ماهیت انسان که از افکار و دین «مشرق زمین» گرفته شده است، وجود دارد. (پاسونز ۱۹۷۵ استوارت[3]، ۱۹۷۴)

---

1. context
2. Moreno
3. Stewart

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

آگاهی(awareness)، فرایند مشاهده و توجه به افکار، احساسات و اعمال خود از جمله احساسات جسمانی و ادراکات دیداری و شنیداری است. که به‌عنوان یك منظرهٔ در حال حرکت به نظر می‌رسد که تجربهٔ حالای شما را تشکیل می‌دهد.

انطباق(adaptation)، فرایندی است که بدان وسیله فرد محدودیتهایی را که در آن زندگی می‌کند، کشف کرده و خود را از غیرخود تمیز می‌دهد.

پرخاشگری(aggression)، ابزار ارگانیسم جهت تماس با محیط و برای ارضای نیازهایش می‌باشد. همچنین ابزاری است برای روبروشدن با مقاومت جهت ارضای نیازها. هدف پرخاشگری نابودی نیست، بلکه تنها غلبه بر مقاومت است.

کسب موافقت(approbation)، فرایندی است که در آن مردم شخصیت خود را تقسیم کرده و نوعی خودانگاره[1] به‌وجود می‌آورند: یعنی تصوری از خود که براساس معیارهای بیرونی است. کسب موافقت مانع از به‌وجود آمدن تصور سالم و خوب از خود می‌شود.

خشم معطوف به خود(retroflection)، فرایندی است که بدان وسیله بعضی از کارکردهایی که اصولاً از جانب فرد به سوی دنیای بیرون هدایت شده بودند. مسیر خود را تغییر داده و به سوی سرچشمه ومنشأ برمی‌گردند. نتیجه این کار شکاف بین خود به عنوان فاعل و کنندهٔ کار و خود به عنوان دریافت کننده است.

خود (self)، فرایند خلاقی است که فرد را به سوی رفتار خود شکوفا هدایت می‌کند این کار به‌وسیله پاسخگویی به نیازهای پیدا شده و فشارهای محیطی است. ویژگی اصلی خود، شکل‌دهی و تمایز گشتالت‌هاست.

خودانگاره(self-image)، بخشی از شخصیت است که به‌وسیله تحمیل معیارهای برونی مانع از رشد خلاق فرد می‌شود.

---

1. self image

خود گردانی ارگانیسمی(organismic self-regulation)، فرایندی است که بدان وسیله خواست یا نیاز درونی مواجهه می‌شود و کوشش می کند تنش را از طریق حفظ تعادل بین خواست‌ها و نیازهای ارگانیسم کاهش دهد.

درون‌فکنی(introjection)، پذیرش مفاهیم، معیارهای رفتار و ارزشهای دیگران بدون انتقاد است. شخصی که همیشه درون‌فکنی می کند نمی‌تواند شخصیت خود را رشد دهد.

زمینه (ground)، بخشی از زمینهٔ ادراکی که «شکل» نباشد به عنوان زمینه شناسایی می‌شود. همراه کردن شکل و زمینه گشتالت را تشکیل می‌دهد.

شکل (figure)، چیزی است که در مرکز آگاهی همراه با دقت و توجه قرار دارد یعنی آنچه که شخص در حال حاضر بدان توجه می کند.

فرافکنی (projection)، فرایندی است که بدان وسیله فرد اجزای شخصیت خود را که قادر به شناخت آنها نیست و یا از شناخت آنها امتناع می‌ورزد را به دنیای خارج نسبت می‌دهد.

قدردانی(acknowledgment)، افراد از طریق قدردانی خود را کشف می کنند. قدردانی شخصی کودکان را به سوی رشد حس خود و تقدیر از وجود خود هدایت می کند.

ماهیت انسان

پرلز علی‌رغم آموزش روانکاوی (او احتمالاً به جای علی‌رغم می گوید به خاطر آموزش روانکاوی) معتقد بود که مردم می توانند خود را از «باروبنه تاریخی»[1] رها کرده و کاملاً در زمان حال زندگی کنند. او معتقد بود که هر شخصی استعداد این را دارد که آزادانه انتخاب کند و مسئول رفتار خود باشد. (السون[2] ۱۹۷۹)

خودشکوفایی[3] دیدگاه خوش‌بینانه پرلز در مورد انسان بر این فرضیه او استوار است که همهٔ چیزهای زنده ذاتاً به سوی خودشکوفایی کشیده می‌شوند. مثلاً خودها را (نه

---

1. historical baggage
2. Elson
3. self actualization

خودشان را) از قوه به فعل در آوردن. البته او این کار را به عنوان فرایندی ناتمام می‌نگرد: ما به طور دائم در حال شدن هستیم؛ ما هرگز به طور کامل «نمی‌رسیم». این تمایل به خودشکوفایی فطری انگیزش برای کلیه رفتارهای انسان است؛ بقیه نیازها ریشه در این نیاز دارد. (السون ۱۹۷۹) بعضی از پیروان گشتالت معتقدند که این فرایند بدان معنی نیست که فرد کوشش کند تا آنچه که نیست بشود بلکه منظور این است که فرد آنچه که هست بشود.

احتمالاً کمی انحراف فلسفی (نه سطحی) از موضوع درك شما را از «خودشکوفایی» بیشتر می کند. کتاب فرهنگ لغت در لبهٔ میز تحریر من به صورت مشروط قرار دارد. این فرهنگ ۵۱ درصد هست و ۴۹ درصد نیست. کتاب در واقع روی میز است. در حال حاضر آنچه که در مورد کتاب وجود دارد «بودن روی میز است.» اما در مورد کتاب آنچه که احتمال آن می‌رود ـ توان ـ افتادن از روی میز است. بنابراین وقتی که کتاب روی میز است، دو نوع شرایط در مورد آن وجود دارد. «بودن روی میز» که در عمل و بالفعل هست. «افتادن از روی میز» که به صورت بالقوه وجود دارد. اگر آرنج من به کتاب بخورد و آن را بیندازد، هر دوی آن شرایط در آن هست. اما برعکس، حالا افتادن از روی میز بالفعل است ـ تا وقتی که آن را بردارم و سرجایش بگذارم ـ بودن بر روی میز به صورت بالقوه است. وقتی که ما از خودشکوفایی صحبت می کنیم منظورمان بالفعل کردن یا واقعیت بخشیدن به بخش‌هایی از خود است که در حال حاضر تنها به صورت بالقوه وجود دارند. تحقق بخشیدن مانند کتاب نیست که زمانی که از روی میز افتاد می‌بایست همانجا باقی بماند یا اینکه کسی آن را بردارد، خود قادر است که به صورت نامحدودی از قوه به فعل در آید.

خودگردانی[1] پرلز، هفرلین[2] و گودمن (۱۹۵۱) معتقد بودند که هر ارگانیسمی سعی دارد که به‌وسیله کامرواسازی یا حذف نیازهای به‌وجود آمده که تعادل فرد را به هم زده‌اند، به تعادل حیاتی[3] دست یابد. آنها به این فرایند تعادل حیاتی «خودگردانی ارگانیسمی» نام نهادند. زمانی که ارگانیسم نوعی درد را تجربه می کند (عدم تعادل)، او

1. self - regulation
2. Hefferline
3. homeostasis

می‌تواند خودگردانی را از طریق تخلیه تنش به وسیله تجربه هیجانی شدید یا برآوردن آن نیاز انجام دهد. معنای ضمنی آن این است که گرچه ما استعداد آگاهی از عدم تعادل خود را داریم و می‌دانیم که باید آن را متعادل و اصلاح کنیم، اما در حقیقت آن کار را از طریق زندگی کامل در اینجا-و-حالا[1] انجام می‌دهیم. بنابراین مرکز یا اساس خودگردانی ارگانیسمی، آگاهی است. (السون ۱۹۷۹)

آگاهی آگاهی کلید گشتالت درمانی است. تمام این رویکرد بر اساس کمیت و کیفیت آگاهی مراجع است. اجتناب از آگاهی مشکل را تشدید می‌کند زیرا به جای هدایت انرژی به سوی برآوردن نیاز، این انرژی صرف بازداشتن نیاز یا هیجانی می‌شود که نیازی را اعلان کرده و خبر داده است.

پرلز بیشتر به عمل و تجربه علاقه‌مند بود تا به فلسفه. او به اهمیت فلسفه گشتالت درمانی پی برد، اما در مورد به وجود آوردن یك فلسفهٔ منظم گشتالت درمانی مردد بود. با این حال چه این فلسفه‌ها روشن باشند یا پنهان، فرضیاتی در مورد ماهیت انسان و تجربه در گشتالت درمانی وجود دارد. چندین فرضیهٔ اصلی در مورد ماهیت انسان وجود دارد که اساس گشتالت درمانی را تشکیل می‌دهد. (پاسون[2] ۱۹۷۵، صفحه ۱۴):

۱. *انسان یك کل است شامل جسم، هیجانات، افکار، احساسات و ادراکات که همه اینها در ارتباط با یکدیگر عمل می‌کنند.*

۲. *انسان بخشی از محیطش است و نمی‌تواند بدون آن درك شود.*

۳. *انسان موجودی فعال است نه موجودی واکنشی. او پاسخهای خود را به محرکهای برونی و درونی تعیین می‌کند.*

۴. *انسان قادر است از احساسات، افکار، هیجانات و ادراکات خود آگاه شود.*

۵. *انسان از طریق آگاهی قادر به انتخاب است و بنابراین مسئول رفتار آشکار و نهان خود است.*

1. here - and - now
2. Passon

۶ . انسان مالك منابع و وسایلی برای زندگی موثر است و خود را از طریق سرمایه‌های خود اعاده می کند .

۷ . انسان تنها می‌تواند خود را در زمان حال تجربه کند . گذشته و آینده تنها در زمان حال از طریق به یاد آوردن و پیش بینی کردن می‌تواند به تجربه درآید .

۸ . انسان ذاتاً نه خوب است و نه بد .

ساختار شخصیت

به نظر پرلز شخصیت نتیجه تعامل فرد با محیط ادراك شده‌اش می‌باشد. از لحظه تولد به بعد، انسان در تعامل با محیط است. زمانی رشد صورت می گیرد که مواد (عناصر محیطی) از طریق انطباق، قدردانی و موافقت جذب شوند. در این فرایند، فرد سعی می کند تا نیازهای فعلی خود را به وسیله شکل دادن گشتالت‌ها برآورد. (هنسن[1]، استویك[2]، وارنو[3] ۱۹۸۲)

شخصیت از سه بخش مجزا تشکیل شده است. خود، خود انگاره و بودن. بودن، موجودیت لازم و ضروری ارگانیسم است. شبیه به «ارگانیسم» راجرز، خود بخش خلاق شخصیت است که شکوفایی را موجب می‌شود؛ خودانگاره طرف تاریکتر شخصیت است که مانع از رشد می‌شود. خود و خودانگاره به نظر می‌رسد که بعضی از عناصر شکل‌بندی سمت راست و چپ مغز را دارد؛ یا بعبارت دیگر خود و خودانگاره به نظر می‌رسد که بعضی از خواص خود و فراخود[4] را به طور نسبی دارند. به هر صورت زمانی که فرد با محیط تماس می گیرد خود یا خودانگاره رشد می‌یابد، از آنجا که هر انسانی استعداد و ظرفیت ثابتی برای رشد دارد، لذا یك تعارض درونی بین آنچه که خود می‌خواهد انجام دهد و آنچه که خود انگاره می گوید که باید انجام شود به وجود می‌آید. (هنسن ۱۹۸۲)

1. Hansen
2. Stevic
3. Warner
4. supperego

رشد شخصیت

پرلز، رشد شخصیت را به همان صورت سازمان‌یافته‌ای که فروید و راجرز عنوان کردند، تشریح نکرد، زیرا که او آن را بدان گونه نمی‌دید. رشد شخصیت برای پرلز زنجیره‌ای از مراحل زمانی نبود. حتی برای او یك مسیر روشن به سوی نقطه پایانی معلوم و معین نیز نبود. در عوض رشد شخصیت برای پرلز یك آشکارسازی پیوسته و شکوفایی مداوم توان بالقوه انسان است که موجب «سازگاری خلاق» می‌شود. (پرلز ۱۹۵۱). تأکید پرلز فرایند حرکت از حمایت محیط به سوی حمایت شخصی است، این فرایند همان تعریف پرلز از بالیدگی[1] است (پرلز ۱۹۶۹). به نظر پرلز یکی از عوامل اصلی تسهیل کننده رشد ناکامی است ـ دقیق‌تر بگویم فرصت غلبه بر ناکامی است. زمانی که والدین، کودکان خود را در مقابل ناکامی حمایت می کنند، کودکان یاد می گیرند که انرژی خود را به جای غلبه بر ناکامی به سوی اجتناب از ناکامی هدایت کنند، که این کار همان جلوگیری از رشد است. یاد گرفتن چگونگی غلبه بر ناکامی برای رشد ضروری است. اگر والدین استفاده مناسب را هم از ناکامی و هم از حمایت ببرند، آنوقت کودکان آنها یاد می گیرند که چگونه منابع خود را برای استقلال رشد دهند. این کار موجب تسهیل رشد «خود» و قطع خودانگاره می‌شود. متأسفانه والدین اغلب سپر و حامی کودکان خود در برابر ناکامی هستند، بنابراین با این کار رشد خودانگاره را تسهیل می کنند و موجب قطع رشد «خود» می‌شوند و این کار اغلب زمانی که حمایت والدینی به شکل تأیید است صورت می گیرد. از آنجایی که این کار تایید والدینی است، لذا کودکانشان آن را به‌عنوان باید ادراك می کنند و آن را به صورت معیاری برونی که تا آن حد سنجیده می‌شود در می آورند. بنابراین آنها بجای آنکه از انرژی‌هایشان در جهت رشد خلاق استفاده مفید ببرند، سعی می کنند که انرژی خود را صرف سنجیدن خودشان با یك نفر دیگر کنند و بنابراین آن را هدر می‌دهند. این همان معیار درونی شده است که پرلز آن را «خودانگاره» می‌نامد.

خود و خودانگاره هر دو از طریق تعامل با محیط رشد می کنند. زمانی که خودانگاره

1. maturity

«عهده‌دار کار» است، افراد اطمینان به توانایی‌های فطری خود ندارند، و سعی دارند که کنترل عمدی بر گرایش خودگردانی اعمال کنند. بنابراین آگاهی را سد کرده و خودشکوفایی را ناکام می‌کنند. از طرف دیگر زمانی که آنها به‌وسیله خود، شناسایی می‌شوند، به جای اینکه سعی نمایند موقعیت (یا خودشان) را کنترل کنند، بسادگی و به‌صورت خلاق خود را با موقعیت سازگار می‌کنند و سعی می‌نمایند تا آنچه هستند بشوند. البته منظور این نیست که بیهوده و عبث سعی نمایند که آنچه را که نیستند بشوند. شخصیت سالم را می‌توان به عنوان گشتالت متحد و یك کل معنا کرد. به هر حال به کل تنها از طریق شناسایی و ظهور «خود» می‌توان دست یافت. (السون ۱۹۷۹)

رشد رفتار ناسازگار

افرادی که رفتار آسیب شناختی را نشان می‌دهند کوشش دارند تا بر گرایش‌های خودگردانی خودبخودی از طریق اعمال کنترل عمدی بر خودشان غلبه کنند. آنها به جای اینکه سعی نمایند «خود» را تحقق بخشند و به خودشکوفایی برسند، سعی دارند «خودانگاره»شان (دیدگاه تحریف شده و غیرواقعی از خودشان) را تحقق بخشند. (وارد[1] و روزر[2] ۱۹۷۴). شیوه‌های شاخصی وجود دارد که در آن شیوه‌ها انسانها رفتار ناسازگار خود را آشکار می‌سازند، هر یك از این شیوه‌ها شناسایی خودانگاره را نیز همراه دارد. گشتالت درمانی رفتارهای ناسازگار را بدون توجه به شکلی که دارند، به عنوان اختلال در رشد و تسلیم «خود» در مقابل خودانگاره می‌بینند. (السون ۱۹۷۹)

فرافکنی افکار، احساسات، نگرشها و اعمال نامقبولی که با خودانگاره ناهمسان هستند، می‌توانند به دیگران فرافکن شوند. معمولاً دیده شده است که آنچه فرافکنی می‌شود بعداً به سوی آن کسی که فرافکنی می‌کند بر می‌گردد. (السون ۱۹۷۹) پرلز این مطلب را بهتر بیان می‌کند. «ما در خانه‌ای که از آینه پوشیده شده است می‌نشینیم و فکر می‌کنیم که داریم بیرون را تماشا می‌کنیم.» (پرلز ۱۹۶۹، صفحه ۱۵۸)

---

1. Ward
2. Rouzer

درون فکنی حفره‌هایی که به خاطر بخشهای بیگانه از خود به وسیله فرافکنی به وجود آمده‌اند، به وسیله درون فکنی پر می‌شوند: شناسایی‌های غلط بر مبنای خواست‌های برونی، فرافکنی با «نبایدهای» خودانگاره سروکار دارد و درون فکنی با «بایدها».

خشم معطوف به خود در فرافکنی بخشی از خود به سوی محیط فرافکن می‌شود؛ در درون فکنی بخشی از محیط به سوی خود هدایت می‌شود؛ در خشم معطوف به خود هر دو اتفاق می‌افتد. خشم معطوف به خود معمولاً زمانی روی می‌دهد که رفتاری که به سوی محیط هدایت شده و ناموفق بوده، معمولاً به صورت مبدل دوباره به خود فرد برمی‌گردد. به عنوان مثال فردی که نیاز دارد از محیط حمایت دریافت کند، ممکن است شخصاً در حالی که دستهایش را به دورش پیچیده بنشیند یا بایستد. گویی که خود را بغل کرده است. زیرا هیچکس دیگر او را بغل نمی‌کند. (السون ۱۹۷۹، وارد و روزر ۱۹۷۴)

پاسونز (۱۹۷۵) انواع مشکلات مردم را به ۶ دسته تقسیم می‌کند:

۱. *کمبود آگاهی که معمولاً در افرادی که دارای شخصیت‌های انعطاف ناپذیر هستند دیده می‌شود. آنها از طریق سرمایه گذاری‌های زیاد انرژی برای ارضای خواست‌های خودانگاره تماس خود را به «چه» و «چگونگی» رفتارشان از دست می‌دهند. آنها توانایی خلاق برای مقابله با محیط را نیز از دست می‌دهند، آنها تبدیل به انسانهایی می‌شوند که اتفاقات برای آنها رخ می‌دهند؛ آنها زندگی نمی‌کنند بلکه فقط وجود دارند.*

۲. *کمبود مسئولیت که به وسیله کوشش فرد برای دستکاری محیط به جای هدایت خود آشکار می‌شود. پرلز به مسئولیت به عنوان «توانایی پاسخگویی»*[1] *نگاه می‌کرد یعنی توانایی پاسخگویی خلاق به محیط. کسی که از مسئولیت فرار می‌کند تصمیم می‌گیرد که خودش را به حساب نیاورد و بنابراین آزاد است که نقش مقصر یا تقصیرکار را برای خود فرض کند.*

۳. *از دست دادن تماس با محیط به دو صورت اتفاق می‌افتد. در حالت اول؛ مرزهای فرد آنقدر خشک و انعطاف ناپذیر می‌شوند که هیچ نوع درون دادی از محیط پذیرفته*

1. response - ability

نمی‌شود. کاتاتونی[1] یا اوتیسم[2] (در خود مانده) نمونه‌های شدید این نوع کناره‌گیری هستند. در حالت دوم، این مشکل در خود فرد وجود دارد. فرد نیاز شدیدی به موافقت دارد. او خود را در محیط گم کرده است: مرزهای او غیرقابل تشخیص است و بین خود و خودانگاره وجه تمایز کمی وجود دارد و یا اصلاً وجود ندارد.

۴. کار یا موضوع ناتمام[3] همان گشتالت کامل نشده است که نوع دیگری از مشکل می‌باشد. کار یا موضوع ناتمام یك نیاز برآورده نشده و یا یك موقعیت میان فردی کامل نشده است که برای فرد مهم می‌باشد. تنفر معمولی‌ترین شکل موضوع ناتمام می‌باشد. به عنوان مثال فردی که از دست همسرش ناراحت و عصبانی است ولی قادر به بیان آن احساس به صورت مستقیم نیست. آنوقت آن احساس به صورت تنفر در دیگر فعالیت‌ها و ارتباطات فرد خود را نشان می‌دهد. زمانی که کار یا موضوع ناتمام به اندازه کافی قوی باشد، فرد با اشتغال فکری، رفتار وسواسی، احتیاط، انرژی ناراحت کننده و بسیاری از فعالیت‌های علیه خود احاطه می‌شود. کار یا موضوع ناتمام باعث می‌شود که او برای کامل کردن آن حتی در فعالیت‌های معمولش نیز کوشش کند. فردی که کار یا موضوع ناتمامی فکر او را اشغال کرده است، معلوم است که نمی‌تواند تمام آگاهی خود را به موقعیت کنونی معطوف دارد.

۵. چندپارگی[4] زمانی که فردی یکی از نیازهایش را انکار کند رخ می‌دهد، مثل نیاز به پرخاشگری. بجای اینکه انرژی به سوی ارضای سودمند نیاز، هدایت شود، فرد وجود آن نیاز را انکار می کند و بنابر این انرژی تولید شده را از دست می دهد.

۶. دومقولگی خود[5] نوع دیگری از چند پارگی است. یك نوع دیدن و مشاهده خود آن هم تنها در یکی از دو قطب یك پیوستار مانند قوی یا ضعیف، مردانه یا زنانه، با قدرت یا بی‌قدرت.

1. catatonia
2. autism
3. unfinished business
4. fragmentation
5. dichotomizing the self

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

در گشتالت درمانی تغییر جایز است: برای تغییر برنامه‌ریزی، جستجو و یا درخواست نمی‌شود. پرلز نظریه تغییر گشتالت را به صورت واضح و روشن، مشخص و معلوم ننمود. اما می‌توان دیدگاه او را در این مورد از میان نوشته‌ها و کارهایش جمع آوری نمود. تغییر زمانی رخ می‌دهد که فرد آنچه که هست بشود نه اینکه فرد کوشش کند که آنچه که نیست بشود. بعبارت دیگر تغییر درمانی، زمانی در من روی می‌دهد که من بیشتر خودم باشم نه اینکه سعی کنم که کمتر خودم باشم و بیشتر شخص دیگری باشم. (بیسر[1] ۱۹۷۰)

فرایند مشاوره

«ماهیت گشتالت درمانی، تجربه‌ای است بین من و تو در اینجا و حالا. به مراجع کمك می‌شود که چه و چگونگی اجتناب کردن خود را کشف کند. این کار از طریق تمرکز بر آگاهی، آزمایش کردن مستقیم، گسترش رفتار و احساس ناکامی و حمایت ماهرانه که موجب می‌شود آگاهی فرد از اجتناب، فرافکنی و دیگر فرایندها بیشتر شود و ضمناً مراجع به‌طور کامل و ارضا کننده در زندگی خود دخالت می کند و ظرفیت او برای آگاهی بتدریج زیاد می‌شود و منجر به مسئولیتی می گردد که انتخاب را برای او آسان می‌سازد.» (رادر[2] ۱۹۷۷، صفحه ۵۵۹)

پرلز (۱۹۶۹، صفحه۴۴) اظهار داشت که برای درك فرایند درمان گشتالت مشاور باید بر «حالا» و «چگونگی» رفتار مراجع متمرکز شود. برای ما تنها زمان حال قابل دسترسی است: ما می‌توانیم گذشته را به خاطر آورده و آینده را پیش‌بینی کنیم اما نمی‌توانیم مستقیماً کاری در یکی از آن دو مورد انجام دهیم. ما تنها می‌توانیم در زمان حال زندگی و عمل کنیم. بنابر این آگاهی ما می‌بایست در زمان حال باشد: فرد در زمان‌حال می‌بایست بر آن رفتارهایی تمرکز یابد که کوشش او را برای اجتناب از کار یا

---

1. Beisser
2. Rader

موضوع ناتمام دردناك آشكار می‌سازد. آگاهی از این نوع رفتارها نشاندهنده شیوه كار هیجانی مراجع است. بنابر این فرایند گشتالت درمانی بر «حالا» و «چگونگی» تمركز دارد تا بدان وسیله آگاهی مراجع را افزایش دهد. و در نتیجه خود را رها می‌سازد تا سازگاری خلاق با محیط داشته باشد.

اهداف مشاوره

طبق نظر پرلز (۱۹۶۹، صفحه ۲۶) «ما هدف و مقصد خاصی در گشتالت درمانی داریم... هدف بالیدگی و رشد است.» این بالیدگی به وسیله حركت از حمایت محیطی به حمایت خود، به دست می‌آید. حمایت خود از طریق مسئول بودن به دست می‌آید. دومین هدف اصلی گشتالت درمانی یكپارچگی است. كسانی كه یكپارچه هستند به صورت یك كل منظم عمل می‌كنند كه این كل شامل احساسات، ادراكات، افكار و جسم است كه فرایند آنها از اجزای روانشناختی مجزا نیست. زمانی كه حالات درونی افراد و رفتار آنها با یكدیگر هماهنگ است، آنوقت انرژی كمتری در اُرگانیسم به هدر می‌رود و آنها بیشتر قادر به برآوردن نیازهای خود به صورت مناسب هستند. كسانی كه كمتر یكپارچه هستند، درون آنها تهی است و شكاف وجود دارد، كه مانع از استفاده كامل آنها از منابع موجود در درونشان می‌شود.

اهداف گشتالت درمانی آموزش به افراد است تا احساس مسئولیت كنند و كاركرد خود را تسهیل نمایند. این اهداف تنها به صورت تقریب، قابل حصول است. (پاسونز ۱۹۷۵) «یكپارچگی كامل وجود ندارد. یكپارچگی هرگز كامل نمی‌شود. بالیدگی هرگز كامل نمی‌شود. این یك فرایند مستمر و برای همیشه است... همیشه چیزی برای یكپارچگی و چیزی كه یاد گرفته شود وجود دارد». (پرلز ۱۹۶۹، صفحه ۶۴) آشكار است كه سازگاری با جامعه از اهداف گشتالت درمانی نیست. (پاسونز ۱۹۷۵)

آموزش مشاور

آموزش در گشتالت درمانی نوعاً در برنامه سنتی كارشناسی ارشد مشاوره به صورت تماس با یك یا چند استاد صورت می‌گیرد (در كلاسها كه هویت حرفه‌ای این استادان

گشتالتی است). آموزش خاص و فشرده نیز در یکی از مؤسسات گشتالت می‌تواند به دست آید.

مؤسسات گشتالت درمانی به افراد حرفه‌ای، گروههای رشد و افراد ارجاعی آموزش می‌دهند. لیست مؤسسات یك لیست جامع نیست و همچنین به معنی تأیید هیچ یك از برنامه‌ها نیست. این قبیل مؤسسات بسرعت زیاد می‌شوند و هیچ روشی نیز برای ارزیابی کارکنان حرفه‌ای و برنامه‌های آنها نیست. چهار مؤسسه اول آموزش بسیار وسیعی را در زمینه گشتالت درمانی در آمریکا تدارك می‌بینند. (برای آگاهی از آدرس مؤسسات به انتهای فصل هشتم کتاب مراجعه شود).

کارکرد مشاور

هماهنگ با نظریه تغییر، کارکرد و وظیفه اصلی درمانگران گشتالتی این است که آگاهی مراجع را تسهیل نمایند. برای انجام این کار مشاور ابتدا رابطه‌ای را از طریق ورود به زمان حال مراجع برقرار می‌سازد. او تعبیر و تفسیر نمی‌کند اما بر «چه» و «چگونگی» تجربه مراجع در آن لحظه تأکید می‌کند، درمانگر از وسایل بسیار متفاوتی برای افزایش آگاهی مراجع استفاده می‌کند اینها معمولاً به عنوان تجربه به مراجع ارائه می‌گردد. به مراجع کمك می‌شود تا از تفاوت بین بیانات کلامی و غیر کلامی خود آگاه شود. همه این کارکردها در جهت افزایش آگاهی مراجع از «حال» است. آنوقت این آگاهی یافتن، هم خود روش است و هم هدف. مارشال مك لوهان[1] (۱۹۶۷) معتقد بود که وسیله (تلویزیون) خود پیام می‌شود. (پاسونز ۱۹۷۵)

در بعضی از مثالها، درمانگران گشتالتی می‌بایست به عنوان والدینی مؤثر برای مراجعان خود خدمت کنند: زمانی که به مراجعان اجازه می‌دهند که با ناکامی خود روبرو شوند، از آنها حمایت می‌کنند، به مراجعان اجازه می‌دهند آن کسی باشند که هستند، و در همان حال آنها را تشویق به ریسك کردن می‌کنند؛ زمانی که از حمایت بیش از حد پرهیز می‌کنند به آنها رسیدگی می‌نمایند. درمانگران گشتالتی در اوقات دیگر به عنوان معلم عمل

1. Marshall Mcluhan

می کنند و مراجعان خود را به سوی یك زندگی مؤثر همراه با مهارتهای مقابله با آن هدایت می‌نمایند. (لوین[1] و شفرد[2] ۱۹۷۴)

لوتیسکی[3] و پرلز (۱۹۷۰) شش قانون را برای هدایت درمانگران گشتالتی پیشنهاد می کنند:

الف. در اینجا و حالا بمان.

ب. بر تجربه مستقیم تأکید کن و به فعالیت‌هایی مانند صحبت کردن در مورد چیزی، تحلیل کردن و حدس زدن و غیره نپرداز.

ج. تأکید بر اینکه مراجع خود را کشف کند.

د. بر آگاهی مراجع تأکید کن.

هـ. از ناکامی استفاده مفید بکن.

و. بر مسئولیت و انتخاب تأکید کن.

در این چارچوب روشها و تکنیك‌ها، تنها به خاطر خلاقیت درمانگر محدود می‌شوند.

تمرین مشاوره

تکنیک‌های عمده

آنچه که در زیر می آید به عنوان یك مطالعه مجمل از انواع کارهایی است که درمانگران گشتالتی انجام می‌دهند؛ این لیست البته به معنی تجویز کردن نیست و ضمناً یك لیست جامع هم نیست ـ فقط یك نمونه است. (السون ۱۹۷۹)

۱. *آگاهی مستقیم*[4] *به گونه‌ای ساده می‌توان گفت که سؤالات مستقیم بر آگاهی مراجع از حالا و چگونه تأکید می کند: «چگونه از وضعیت خود آگاهی داری؟» «چگونه عصبانی هستی؟» «دستان شما چه می کنند؟»*

1. Levin
2. Shepherd
3. Levitsky
4. directed awareness

۲ . بازی گفتگو[1] درمانگر از مراجع می خواهد که بین دو بخش متعارض خود گفتگویی برقرار کند. مثلاً از دانش آموزی که در نوشتن یك مقاله مشکل دارد خواسته می شود که با مقاله بحث کند مراجع (دانش آموز) هر دو نقش را بازی می کند نقش خودش و نقش مقاله.

۳ . بازی فرافکنی[2] زمانی که مراجعان از فرافکنی های خود آگاه نباشند از آنها خواسته می شود که رفتار یا نگرشی را که فرافکنی می کنند بازی نمایند. مثلاً از مراجعی که شخص دیگر را متهم می کند که او فردی خودخواه است، خواسته می شود که نقش یك شخص مغرور و خودخواه را تا آنجا که ممکن است بازی کند.

۴ . تکنیك وارونه[3] در این تکنیك از مراجعان خواسته می شود که به شیوه ای مخالف رفتار خاص خود عمل کنند. مثلاً از یك فرد پرخاشگر بددهن خواسته می شود که نقش آن قسمت دیگر یعنی آدم فروتن و محترم را بازی کند.

۵ . فرض مسئولیت[4] درمانگر از مراجع می خواهد که عبارت «من مسئولیت آن را می پذیرم»، را بعد از هر جمله ای که می گوید تکرار نماید. هدف این روش این است که به مراجع کمك نماید تا او خود به تنهایی مسئول افکار، احساسات و اعمالش باشد. بنابر این مراجع ممکن است بگوید «من عصبانی هستم و مسئولیت آن را می پذیرم.»

۶ . حفظ یك احساس[5] مراجعان اغلب می خواهند که از احساسات شدید خود اجتناب کنند. این روش مراجع را مجبور می کند که احساس خود را حفظ نماید. بنابر این آن احساس محصور می شود. مشاور می تواند از مراجع بخواهد تا آن احساس را به صورت اغراق آمیزی بیان نماید تا نیاز به اجتناب اشباع شود.

۷ . ممکن است جمله ای به شما بگویم روشی دیگر برای آگاه نمودن مراجع از احساسات یا افکار شدید قبلی این است که مشاور عبارتی را به مراجع بگوید آن جمله

1. games of dialogue
2. playing the projection
3. reversal techniques
4. assuming responsibility
5. staying with a feeling

باعث روشن شدن احساس یا نگرش مراجع می شود. احساس یا نگرشی که مراجع از آن آگاهی ندارد.

۸. **شخصی کردن ضمایر** *تو حرف می‌زنی یا او حرف می‌زند از جمله راههایی است که مردم بدان وسیله خود را از تجاربشان مجزا می سازند. مثلاً ممکن است کسی بگوید. «مطمئناً اینجا گرم است.» یا «تو می توانستی بفهمی که او واقعاً عصبانی بود». مشاور گشتالتی از مراجع می خواهد که جملات خود را دوباره بسازد «من خیلی گرمم است.» «من می توانستم بفهمم که او واقعاً عصبانی بود.» در این صورت مراجع آگاهی بیشتری از تجربیات خود کسب می کند و بهتر قادر خواهد بود که آنها را در تجربیات کلی خود یکپارچه نماید.*

۹. **سؤال نشود** *با دقت گوش دادن باعث می‌شود بفهمیم که سؤال کننده به دنبال کسب اطلاعات نیست بلکه از بیان مطالب اجتناب می کند. مشاور به مراجع پیشنهاد می کند «جمله‌ای را که در پشت آن سؤال است» بیان کند. بنابر این مجدداً مراجع را رودرروی بخش انکار شده خود قرار می دهد.*

۱۰. **رؤیا** *مشاوران پیرو گشتالت برخلاف روانکاوان رؤیاها را تعبیر و تفسیر نمی کنند بلکه از مراجع می خواهند که رؤیا را به زندگی برگرداند و خود در آن «مشارکت» نماید. به گونه‌ای که آن رؤیا دارد اتفاق می‌افتد. رؤیا بیننده، خود بخش فعالی از رؤیا می‌شود. این کار بدین وسیله صورت می گیرد که از رؤیا بیننده خواسته می‌شود تا خود یکی از قسمت های رؤیا «بشود» یعنی به جای فرد، حالت، شیء و اتفاق. در این صورت قسمت های رؤیا با یکدیگر گفتگو می کنند و فرافکنی مراجع از طریق بازی بیان می‌شود. (پاترسون ۱۹۸۰)*

پارامترهای درمان

گشتالت درمانی بیشتر به صورت انفرادی انجام می‌شود تا به صورت گروهی. پرلز در پایان زندگی خود کارگاههای گشتالت درمانی را اداره می کرد. (و عمدتاً مشاوره فردی را با یکی از حضار) البته این کار جزو کارهای معمول بسیاری از گشتالت درمانگران نیست.

مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از سیمکین[1] (۱۹۷۰، صفحات ۱۶۶ـ۱۶۲)

مراجع: من زمانی که روی صندلی نشستم و دستانم را بر روی دسته صندلی گذاشتم آگاهی داشتم درست اینجا و گرما هنوز اینجا بود، برای لئو[2] و گرما را در دستهای سردم تجربه می کردم. (با صدای یکنواخت) و . . . من دارم عرق می کنم و . . . ضربان قلبم تند شده و من احساس می کنم . . . دارم فرو می‌روم، نفسم را حبس کرده‌ام (سکوت). احساس می کنم که چیزی سفت و سخت در شانه‌هایم است و . . .

درمانگر: به نظر می‌رسد که فشار زیادی دارد به تو وارد می‌شود.

مراجع: بله دارد به من فشار می آید فشار . . .

درمانگر: آیا با این همه فشار می توانی ادامه بدهی یا نه؟

مراجع: فشار وارد می‌شود و رها می‌شود. آنقدر فشرده شده‌ام... درست مثل اینکه گره خورده‌ام. (آه کشید و با صدای لرزان). و وقتی که من باز و بی‌پرده می‌شوم (دستها از هم باز شده و پاها به صورت غیر ضربدر) احساس می کنم که به مردم و اتاق اجازه می‌دهم که به درون من بیایند و می توانم از آنچه که در اتاق می گذرد مطلع باشم و یا از جیم و لئو و بیل و بقیه‌ها آگاه باشم و زمانی که اینگونه باشم (دستها بسته و پاها به‌صورت ضربدر روی هم گذاشته) آنوقت بقیه‌ها و تو شروع می کنند به ناپدید شدن. و من تنها از خودم آگاهی می‌یابم.

درمانگر: بله تو همین حالا چه کار کردی؟

مراجع: من نفسم فرو بردم. و من بریدن نفسم و انقباض آن را در اینجا تجربه کردم. همینجا (به سینه‌اش اشاره می کند)

درمانگر: (روی خود را به گروه می کند) من معمولاً تحت تأثیر چیزهایی که بارها و بارها می‌بینم قرار می گیرم ـ اینکه یك نفر مطلبی را در مورد خودش یاد می گیرد؛ که مثلاً

1. Simkin
2. Leo

اگر او این کار را بکند، اتفاقی می‌افتد و اگر آن کار دیگر را بکند، اتفاق دیگری می‌افتد. من نمی‌فهمم که چرا او از آنچه که یاد گرفته استفاده نمی کند و از تجربه کردن اجتناب می کند؟

مراجع: اجتناب زیبا و قشنگی است.

درمانگر: بله آنوقت به خودم می گویم که «من فردا روی آن کار می کنم» یا «من این مطلب را در کامپیوترم قرار می‌دهم و تا هفته آینده آن را نگه می‌دارم.»

مراجع: (مکث) یعنی این کار باعث شده که من با یك کار یا موضوع ناتمام تنها گذاشته شوم.

درمانگر: این کار؟

مراجع: من خود را با یك کار یا موضوع ناتمام تنها می گذارم.

درمانگر: چگونه؟

مراجع: به خاطر همراه نبودن با احساسم.

درمانگر: من مایلم «این» را تقویت کنم (اشاره می کند به دست مراجع که فشرده شده) و من مخالف اجتناب شما از تجربه کردن هستم (مکث) حالا من گیر کرده‌ام. اگر کاری نکنم مری آنجا خواهد نشست (آه می کشد) این کار یك دام و تله بسیار عالی است.

مراجع: تو ـ تو منظورت این است که فشار و احساسی را که به من دست می‌دهد آزمایش کنم و کارمان را ادامه دهیم؟

درمانگر: کاش من سیگار فریتز را داشتم (در انتظار درماندگی مری)

مراجع: نمی‌دانم بعد از این چکار کنم.

درمانگر: (گفتگو با خودش را شروع می کند) جیم آیا مری به خود فشار می آورد؟ بله اما اگر از مری خواسته شود که به خودش فشار بیاورد آنوقت او کاری انجام نمی‌دهد. او فقط آنچه را که تو می خواهی انجام می‌دهد. بنابراین جیم، بگو مری چگونه می تواند از این قید و بند خلاص شود؟ مری به جهنم، من چگونه می توانم از این قید و بند و گرفتاری خلاص شوم؟ (خنده ملایم) تو خودت را گیر انداختی (مکث بلند) چه چیزی را تجربه می کنی؟

مراجع: من این تجربه را می کنم که می‌خواهم... به تو قدرتی بدهم... که مرا از این قید و بند

نجات دهی... و من احساس درماندگی می کنم و... «من چه کار می کنم؟»

درمانگر: تو چه کار می کنی؟

مراجع: من اینجا نشسته‌ام، روی صندلی و پای چپ من بر روی پای راست من است و دارم به تو نگاه می کنم (درمانگر: بله) و من نفسم را فرو برده‌ام و دستم به این طرف و آن طرف دسته صندلی می‌رود (مکث) من می خواهم ـ بازور خود را به جلو ببرم و حرکت بدهم (مکث) من می خواهم که مرا بگیری و به داخل بکشی.

درمانگر: بله می‌دانم. این چیزی است که از همان اول با تو تجربه کرده‌ام و فکر می کنم که این کلیدی است برای اینکه من چگونه با تو گیر می‌افتم و تو چگونه گیر می‌افتی. آنچه که از من می‌خواهی این است که تو را به جلو حرکت دهم. آنچه که من از تو می‌خواهم برای خود توست که خودت را حمایت کنی و کاری برای خودت انجام دهی و من کناری می‌نشینم و منتظر می‌مانم. «آه! مری حالا تصمیم دارد روی این موضوع کار کند.» اما (خنده) مری از جیم می خواهد که او را به جلو حرکت دهد. (مکث) و بنابراین انتظار تو و انتظار من با هم جور در نمی آید.

مراجع: آنها نمی‌توانند (خنده) حداقل من از این موضوع آگاهم. قبلاً مطلع نبوده‌ام (صدا قوی‌تر می‌شود) و بوضوح می خواهم دوباره امتحان کنم و ببینم آیا می‌فهمم که می‌توانم خود را حمایت کنم.

درمانگر: من کاملاً مشتاقم.

مراجع: (مکث) من خودم را اینجا روی این صندلی حمایت می کنم (درمانگر: بله) و من برای خودم نفس می کشم. و همه کارهای مربوط به آن را برای خاطر خودم می کنم.

درمانگر: همه کارهای مربوط به این کار را برای خودت انجام می‌دهی؟

مراجع: برای خودم نفس کشیدن، ضربان قلبم ـ این همان چیزی نیست که دارم انجام می‌دهم.

درمانگر: تو داری چه می کنی؟

مراجع: (مکث) عجیب است. وقتی که من به لطفاً تو پاسخ می‌دهم شناخت به دست

می آورم (صدای متفکر).

درمانگر: خوب آیا تو تشخیص مرا می‌خواهی؟

مراجع: بله

درمانگر: من مایلم زمانی که تو تجربه می کنی از تو قدردانی کنم و تو را به رسمیت بشناسم.

مراجع: خوب (مکث) ممکن است از شما بخواهم که آنچه را که تجربه می‌نامی و می‌خواهی که من آن را انجام بدهم، دوباره به من بگویی؟

درمانگر: آه نه! مطمئناً نه. من یك بار به تو گفته‌ام.

مراجع: (مکث طولانی و بعد خیلی سریع) خوب من در این لحظه مطمئن نیستم اما فکر می کنم که تجربه یعنی برگشتن، یعنی آنچه را که احساس می کنم تجربه کنم: زمانی که خوب هستم و زمانی که تحت فشار قرار دارم و گره خورده‌ام مثل این (دستهای خود را به اطراف بدنش حلقه می‌زند و مکث). وقتی که اینجا هستم خود را به درون می کشم... و با چشمهایم که بسته است... احساس می کنم که اون تاریك است.

درمانگر: اون تاریك است؟

مراجع: من تاریك هستم. من تنها هستم (مکث) و من می ترسم.

درمانگر: درست

مراجع: (مکث) می‌خواهم فریاد بزنم ولی نمی توانم (صدایم گرفته می‌شود)

درمانگر: آیا می‌دانی که چه چیز را می‌خواهی با فریاد بگویی؟

مراجع: (مکث) کمك کمك

درمانگر: آیا توجه کردی که وقتی فریاد می کشیدی و می گفتی کمك با پاهایت چه می کردی؟

مراجع: آنها را بالا آوردم.

درمانگر: بله

مراجع: (گریه می کند) نمی‌توانم فرار کنم. کسی دارد مرا می‌زند. من فریاد می‌زنم (گرفتگی نفس) اما حتی وقتی هم که فریاد می‌زنم کسی صدای مرا نمی‌شنود (بغض، نفس تند، گریه) و من احساس می کنم- به یاد می آورم که به پشت محکم بسته شده‌ام

(بغض)... وقتی که دختر کوچکی بودم. (مکث، گریه ادامه دارد) و آنها مرا اینجا گذاشتند. و من نمی توانستم خودم را شل کنم.

درمانگر: این وقتی بود که تو دختر کوچکی بودی؟ (با صدای خیلی آرام)

مراجع: بله

درمانگر: آیا تو هنوز دختر کوچکی هستی؟

مراجع: (با صدای بلندتر) نه اما...

درمانگر: آیا می توانی خودت را شل کنی؟

مراجع: (بینی خود را بالا می کشد) بله من می توانم خودم را شل کنم.

درمانگر: می خواهم ترا ببینم.

مراجع: (مکث طولانی، صدای کنترل شده) حالا، من اینجا به این اتاق برمی گردم، اما من هنوز یك دختر کوچکم که گره خورده‌ام.

درمانگر: درست

مراجع: من بسته شده‌ام، تنها.

درمانگر: (بآرامی) حالا می خواهم که با دختر کوچك حرف بزنی - به دختر کوچك خودت بگویی که او می‌داند که چگونه دقیقاً خود را شل کند. و من نگران این دختر کوچك هستم مبادا کاری کند که آن کار به عنوان مداخله در کارهایی باشد که برای خودش می کند.

مراجع: بله (مکث طولانی) «دختر کوچك، تو نباید... تو دیگر... نیازی به این نداری که بسته باشی. خوب حالا چشمهای خودت را باز کن.» نگاه کن که من کجا هستم - اینجا در این اتاق با ساندی، ابی، بیل، باب، جیم، لئو، جان، الیزابت، آرت، مریم و کوپر. (بآهستگی): و طنابها شل می‌شوند و من می‌توانم دستهایش را بگیرم و... (آه می کشد) من دارم نفس می کشم (صدا ملایمتر می‌شود) من در آنجا کمی جا دارم که بگیرم (مکث) پاهایم گشوده شده‌اند. من می‌توانم حرکت کنم (بآهستگی بلند می‌شود. کشیده می‌شود) مرا تا آن بالا و بعد هم دربرگشت از آن بالا حمایت کن.

درمانگر: حالا ترا به رسمیت می‌شناسم.

مراجع: می‌بینم، می‌فهمم.

کاربرد

گشتالت درمانی، با شیوه‌های مختلف می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. پرلز کارگاه را به شکل متمرکز آن بیشتر ترجیح می‌دهد؛ بعضی ترجیح می‌دهند که روشهای گشتالت درمانی را در موقعیت گروههای کم و بیش سنتی به کار گیرند. دیگران رویکرد گشتالت را در جلسات فردی دنبال می‌کنند. در این تصمیم گیری که آیا نظریه و شیوه‌های گشتالت مورد استفاده قرار گیرد یا خیر درمانگر باید از اخطارهای شفرد آگاه باشد:

«به طور کلی گشتالت درمانی بیشتر با افراد بشدت اجتماعی، محدود شده، و تحت فشار قرار گرفته شده مؤثر است ـ از این گونه افراد اغلب به عنوان روان رنجور، دارای هراس، کمال گرا، غیرمؤثر، افسرده و غیره نام برده می‌شود ـ کارکرد آنها محدود یا ناهمسان است و اصولاً به محدودیتهای درونی آنها مربوط می‌شود و لذتهای آنها از زندگی نیز حداقل است.» (صفحات ۲۳۵ـ۲۳۴)

به نظر می‌رسد که بعضی از شیوه‌های آگاهی یافتن گشتالت درمانی، با کودکان به عنوان شیوه آموزش مربوط به رشد مفید باشد.

نقد

پشتوانه پژوهشی

پرلز و پیروانش به توسعه نمادهای بالینی رویکرد، توجه بیشتری داشتند تا نسبت به ارزیابی رسمی تأثیر درمان و یا تحقیق بر فرضیه‌های نظری خود. تحقیق بسیار کمی دربارهٔ گشتالت درمانی و یا اصول حاکم بر آن وجود داشته است. گنون[1] در سال ۱۹۷۲ یك ارزیابی منظم از مشاوره گروهی با شیوه گشتالت به عمل آورده است. او سه گروه از دانش آموزان دبیرستان را که به دلیل رفتارهای غیرقابل قبول نظیر غیبت، تنبلی‌های حاد و درگیری با

1. Gannon

پلیس تحت مشاوره قرار گرفتند را انتخاب نمود. گروه اول طی یك نیمسال هفته‌ای نُه‌ساعت گشتالت درمانی شدند. گروه دوم دریك تیم مخصوص آموزشی دربحثهای گروهی و مسافرتهای علمی شرکت کردند و گروه سوم به طور معمول در کلاسهای درس حاضر شدند. همان‌طور که انتظار می‌رفت گروهی که گشتالت درمانی شده بودند در روابط میان فردی و بی‌پرده بودن پیشرفت بیشتری داشتنند.

مایلز[1]، یالوم[2]، لیبرمن[3] درسال ۱۹۷۳ هفده گروه‌را که جهت گیری رشد داشتنند مطالعه نمودند. این گروهها نُه رویکرد نظری مختلف را ارائه می‌نمودند که دوتای آن گروهها، گشتالت درمانی بودند. مشاهده گران متخصص هر گروه را با اندازه گیری‌های نتایج آنها ارزیابی نمودند که شامل نتایج منفی یا موارد ناموفق بین شرکت کنندگان بود. یکی از دو گروهی که رویکرد گشتالت را مورد استفاده قرار داده بود بسیار موفق بودو بالاترین نمره را به عنوان یك تجربه خوب کسب نمودو به عنوان تجربه سازنده برای یادگیری شرکت‌کنندگان تلقی شدو در ارزیابی نهایی درمیان هفده گروه رتبه دوم را کسب کرد.

گروه دیگر گشتالت درمانی درست برعکس گروه اول در انتها قرار گرفت و بالاترین میزان عدم موفقیت را داشت و به عنوان روشی که کمترین فایده‌را برای شرکت کنندگان خود دارد، ارزیابی شد. اما به هر حال علت تفاوت بین دو گروه‌ویژگی‌های شخصیت رهبران گروه و همچنین اختلاف فضای بین دو گروه بود. رهبر گروه اول مواجهه کننده‌و در عین حال بسیار حمایت کننده بود. میزان همدلی، گرمی و خلوص درسطح بالایی بود. برعکس رهبر گروه دیگر غیرقابل پیش‌بینی، طعنه‌زننده، کوچك و خوار کننده، مزاحم و فضول بود. اعضای شرکت کننده او را تحسین نمی کردند و در واقع او را فردی غیرمؤثر و بی توجه می دانستنند.

ارزیابی

البته منصفانه نیست که تنها براساس فقط دو مطالعه انجام شده این رویکرد را ارزیابی

1. Miles
2. Yalom
3. Lieber - man

نماییم. هر چند که این دو مطالعه به طور مناسبی به نمایندگی از طرف بقیه مطالعات باشند. شاید صادقانه‌ترین قضاوت در مورد گشتالت درمانی این باشد که بگوییم: به نظر می‌رسد و شواهد تحقیق نشان می‌دهد که گشتالت درمانی توسط یك درمانگر با لیاقت و مؤثر، می‌تواند تغییری مفید و مهم را ایجاد نماید و فردی ناآگاه می‌تواند اثرات مخرب و غم‌انگیزی را به وجود آورد. از آنجا که به نظر می‌رسد «خوب یا بد» بودن گشتالت درمانی بیشتر به درمانگر آن ارتباط دارد تا به خود درمان لذا پیشنهاد من این نیست که گشتالت درمانی را کنار بگذاریم من به هر حال پیشنهاد می کنم که هم خریدار و هم فروشنده هر دو باید هوشیار باشند.

در گشتالت درمانی مانند بقیه دیدگاههای موجود مشاوره، خبرهای خوب و بد هر دو وجود دارند. خبرهای خوب این است که گشتالت درمانی از روشنفکرگرایی انتزاعی که در بقیه دیدگاهها وجود دارد اجتناب می کند و مراجعان را تشویق به آگاهی یافتن و به کار بردن تمام ظرفیت هیجانی خود می‌نماید. به نظر می‌رسد که این رویکرد مخصوصاً برای افرادی که نسبتاً باز و بی‌پرده و بیش از حد روشنفکر هستند مفید باشد زیرا که بر آزادی‌های حال مراجع، نسبت به استبداد گذشته تأکید می کند. گشتالت درمانی با دیدگاه مثبتی که از ماهیت انسان دارد خود را از بدبینی دیگر رویکردها آزاد می‌سازد. شاید بیشترین کمك این رویکرد در فنون آن است که دیگر رویکردها آن را تجویز می کنند. من بخصوص به کارگیری عبارات «من» و تغییر سؤالات به جملات اخباری و پاسخ شخص به محیط را دوست دارم.

و حالا دربارهٔ خبرهای بد. محدودیت عمدهٔ گشتالت درمانی دامنهٔ نسبتاًمحدود تعداد مراجعانی است که چنین درمانی برای آنها قابل اجراست این محدودیت نشأت گرفته از چند عامل از جمله عوامل زیر است:

الف. نقش مواجهه گر مشاور.

ب. شدت تجربه هیجانی مراجع در درمان.

ج. فلسفه فردگرایی بسیار شدید که به نظر می‌رسد هر نظام اجتماعی و روش زندگی دیگر را حقیر می‌شمارد.

اگرچه پیروان پرلز، بیش از استاد خود مطالبی را دربارهٔ گشتالت درمانی نوشته‌اند، اما

معهذا به نظر می‌رسد که گشتالت درمانی ارتباط بسیار نزدیکی با شخصیت پرلز و دیدگاه شخصی او دارد تا به فلسفه‌ای روشن و محکم در مورد ماهیت انسان. بالاخره راهنمایی‌های پرلز از جمله اینکه «ذهن خودرا از دست بده و به احساست توجه کن» و «کار خودت را بکن» به نظر نمی‌رسند که خود محور می‌باشند بلکه در زمینه مشاوره لذت‌جویی غیر مسئولانه هستند من پیشنهاد نمی‌کنم که آدم بدن خودرا همراه با آب حمام بیرون بیندازد، اما پیشنهاد می‌کنم که تفاوتها را ببینیم. همچنانکه تو تفاوتها را مطالعه می‌کنی، به یاد داشته باش که رودخانه را اهل ندهی.

نشانی مؤسسات گشتالت درمانی:

New york Institute for Gestalt Therapy,7 West 96 Street,NewYork, NewYork 10025. The first Gestalt institute in America, begun by Fritz and Laura Perls, and Paul Goodman, now directed by Laura Perls. The NewYork Institute does not have a published curriculum.

Gestalt Institute of Cleveland, 12911 Euclid Avenue, Cleveland, Ohio 44112. This institute was established by Fritz Perls and some of his Cleveland students, Next to the NewYork Institute, Cleveland has the longest training history in the United States. This institute has the most comprehensive training, public service, workshop and publications program.

Gestalt Therapy Institute of Los Angeles, 337 South Beverly Drive, Suite 206, Beverly Hills, California 90212. Perls and a group of his students started this institute in the early 1960s. Like the Cleveland and San Francisco institutes, this group offers extensive training in gestalt therapy, with emphasis on didactic and experientiol learning.

Gestalt Institute of San Francisco, 1719 union Street, San Francisco, California 94123. Again, Perls and a group of his students were responsible for beginning this institute in 1968. The training Program consists of a two - year curriculum that also emphasizes personal therapy.

More recently, additional institutes have been established. These include: Gestalt Training Center - San Diego, 7255 Gerard Avenue, La Jolla, California 92037 . Gestalt Therapy Institute of Canada, Lake Cowichan, Box39, Vancouver, British

Columbia, Canada; Gestalt Institute of Chicago, c/o Bob Shapiro, Oasis Midwest Center for Human Potential, Chicago, Illinois; Gestalt Institute of the Southwest, 7700 Alabama Street, El Paso, Texas 79904. (Kogon, 1976. pp. 794 - 795).

فصل نهم

درمان مراجع محوری

در یکی از مجلات دانشکده ایالتی «سومانا»[1] این طور نوشته شده بود: «ساعت ده صبح روز ۷ جون ۱۹۶۹ حدود هزار و پانصد نفر در کنار دریاچه کوچك قشنگی جمع شده بودند تا هشتمین جشن فارغ‌التحصیلی سالانه را برگزار کنند.» کارل راجرز[2] قرار بود که سخنران این جشن باشد او گفت: «به عنوان دانشجویی که رشته‌ام تاریخ قرون وسطی است، احترام بسیار زیادی، برای دانشمندان و پژوهشگران قرون وسطی و مشارکت آنها در علم و دانش قائلم. اما امروز می‌خواهم به عنوان کارل راجرز در سال ۱۹۶۹ با شما صحبت کنم و نه به عنوان سمبل قرون وسطایی. بنابراین امیدوارم شما را با درآوردن این تجملات قرون وسطایی (لباس فارغ‌التحصیلی) از خودم دلخور نکرده باشم. این کلاه جذاب ولی بی‌خاصیت، و این چیزی که طراحی شده است تا فرد را حتی در سرمای زمستان اروپا هم، گرم نگه دارد؛ از تنم

1. Somana
2. Carl Rogers

درمی‌آورم.» سپس او شروع به درآوردن لباس فارغ‌التحصیلی از تن خود می‌کند و خطاب به فارغ‌التحصیلان می‌گوید: «انسان فردا» این است راجرز. (کرشن باوم ۱۹۷۹، صفحه ۳۹۵)

تحول تاریخی

زمینه شخصی

کارل راجرز در سال ۱۹۰۲ در اوک پارک ایلینویز[۱] از حومه شیکاگو به دنیا آمد. خانوادهٔ او ثروتمند و پروتستان، وابسته به هم، با محبت، پرکار و معتقد به اصول مسیحیت بودند. در سن دوازده سالگی او به یك مزرعه که در سی مایلی غرب شیکاگو قرار داشت رفت. پدرش که یك پیمان کار موفق بود مدیری را استخدام می‌کند تا مزرعه را به صورت مدرن و علمی اداره کند. از طریق مطالعه علمی کشاورزی و از طریق کار بر روی این مزرعه، علاقه و احترام زیادی در کارل نسبت به روشهای علمی به وجود آمد.

وقتی که دانشجوی رشته تاریخ دانشگاه ویسکانسین[۲] بود، او به گروه مذهبی دانشجویان شدیداً علاقه‌مندشد. بعد از فارغ‌التحصیلی از دانشگاه ویسکانسین، او دو سال را در اتحادیه مدرسه علوم دینی و مذهبی گذراند و بعد خود را به دانشگاه کلمبیا[۳] منتقل کرد تا دکترای خود را در رشته روان‌شناسی بالینی و تربیتی کامل کند. در دانشگاه کلمبیا او با روش اندازه‌گیری و سنجش در روان‌شناسی آمریکا، دیدگاه جان دیویی[۴] درمورد ارزش علوم تجربی و انسان صمیمی لتاهالینگزورث[5] ورویکردی که براساس عقل سلیم بنا شده، آشنا شد در طول یك سال کارورزی در مؤسسه راهنمایی کودك با فروید نیز آشنا گردید و کار درمان با مراجعان را شروع کرد.

---

1. oak park ilinois
2. Wisconsin
3. Columbia
4. John Dewey
5. Leta Hollingsworth

در طول دوازده سال او غرق کار عملی بالینی در کلینیك مشاوره کودك راچستر[۱] نیویورك شد و این زمان انزوای نسبی حرفه‌ای او بود. او توجه خود را در طول این دوران و در کار با کودکان و والدین بر تجربیات شخصی خودش متمرکز کرده بود و از طریق کار مددکاران اجتماعی با کارمندان، با کار اتو رنك[۲]، جس تافت[۳] و فردریك آلن[۴] آشنا شد. اولین کتاب او «درمان بالینی کودك مشکل آفرین»[۵] بود که در سال ۱۹۳۹ به چاپ رسید و قسمت اعظم آن به موارد و روشهای کلی بالینی اختصاص داشت اما دو فصل آن اختصاص به عقاید موجود دربارهٔ مصاحبه‌های درمانی داشت که علاقه‌مندی آینده او را در مورد درمان ارتباطی پیشگویی می‌کرد.

راجرز در دانشگاه ایالتی اوهایو[۶] در ژانویه ۱۹۴۰ به مقام استادی در روان‌شناسی بالینی رسید و درمان مراجع محوری یك سال بعد از آن متولد شد. در سال ۱۹۴۵ به او منصبی در دانشگاه شیکاگو واگذار شد و در سال ۱۹۵۷ به دانشگاه ویسکانسین رفت. در طول بیست سالی که در شیکاگو و مدیسن[۷] زندگی می‌کرد، رویکرد مراجع محوری پخته‌تر شد.

در سال ۱۹۶۴ راجرز ابتدا عضو وابسته مؤسسه «علوم رفتاری غربی» و بعد عضو «مرکز مطالعات فردی» شد که خود آن را در سال ۱۹۶۹ تأسیس کرده بود. بعد از ترك ویسکانسین نوشته‌ها و کارهای حرفه‌ای راجرز عمدتاً بر گروههای مواجهه و روابط میان فردی متمرکز بود و سعی می‌کرد رویکرد مراجع محوری را بر اساس فلسفه علم، تعلیم و تربیت و موضوع بیگانگی و ناتوانی بسط و توسعه دهد. در اوایل دهه ۱۹۸۰ او درمورد بخشهایی از نظریه مراجع محوری مجدداً فکر کرد و در طول بیش از هشتاد سال از عمرش

1. Rochester
2. Otto Rank
3. Jesse Taft
4. Frederick Allen
5. The Clinical Treatment of The problem child
6. Ohio State University
7. Madison

او همچنان کار حرفه‌ای و نوشتن را ادامه می‌داد. (گرومن[1]، ۱۹۷۹)

زمینه نظری

راجرز در خانواده‌ای رشد و نمو کرد که کار زیاد و تعصب فراوان به مذهب پروتستان و دین مسیحیت (تقریباً بنیادگرا) هر دو یکسان دارای ارزش و اهمیت بودند. (راجرز ۱۹۵۹) گرچه که او آن نوع نگرش در مورد مذاهب را بعدها رد کرد اما علاقه او به فلسفه و مذهب در «اتحادیه مدرسه علوم دینی و مذهبی» همچنان ادامه داشت. آزادی تفکر فلسفی و احترام به درستکاری، کوشش برای حل مسائلی که او در آن مدرسه کشف نمود به او کمك کرد تا «توجه مثبت بی‌قید و شرط» را درك نماید.

او تاریخ قرون وسطی، فلسفه و دین را قبل از شروع روان شناسی مطالعه کرد، تأکیدی که جان دیویی بر روش طرح‌ریزی و اهمیت دنیای پدیداری یادگیرنده داشت بر افکار راجرز تأثیری قطعی گذاشت. در کالج تربیت معلم او نه تنها افکار دیویی بلکه روان‌شناسی را نیز آن گونه که در آمریکا رشد می کرد با تأکیدی که بر کنترل و دست کاری متغیرهای تعریف شده عملی داشت مواجهه کرد. راجرز همچنین آشنایی زیادی با نظریه‌های اصلی شخصیت داشت، اما تنها رویکرد و نظریه اتورنگ بود که مستقیماً بر رشد درمان مراجع محوری اثر گذاشت.

ارزیابی مستمر و تعریف او از انسان در رابطه با فلسفهٔ دیگر رویکردها به راجرز کمك نمود تا مفاهیم خود را روشن سازد. در «کلینیك راهنمایی کودك» در راچستر، عقاید راجرز در مورد درمان بتدریج شکل گرفت. در اینجا بود که او ارزش و اهمیت گوش دادن به حرفهای مراجع بخصوص گوش دادن به احساساتی که در پشت کلمات مراجع پنهان است را کشف نمود. (هالد استاك و راجرز ۱۹۷۷)

نظریه و تکنیك راجرز دارای ۴ مرحله است.:

مرحله غیررهنمودی (۱۹۵۰ ـ ۱۹۴۰): ۱۱ دسامبر ۱۹۴۰ روزی بود که در آن مرحله غیررهنمودی به‌وجود آمد از ویژگی های این دوره بازتاب احساسات و

1. Grummon

روشهای غیررهنمودی و عمده‌ترین نشریه او در طول این دوره «مشاوره و روان‌درمانی»[1] بود. (۱۹۴۲)

مرحله مراجع محوری (۱۹۵۷ ـ ۱۹۵۰): تغییر از مشاوره غیررهنمودی به مشاوره مراجع محوری به وسیله انتشار کتاب «**درمان مراجع محوری**»[2] در سال ۱۹۵۱ خبر داده شد. در این زمان بود که راجرز نظریه خود را در مورد شخصیت و روان‌درمانی رشد و توسعه داد. او تأکید داشت که به فردی که در جستجوی کمك است نباید به عنوان یك بیمار وابسته نگریست بلکه او یك مراجع مسئول است. درمانگر نیز از طرف دیگر یك میانجیگر است نه فردی در درمان.

مرحله آزمایشی (۱۹۷۵ ـ ۱۹۵۷): در طول این دوره مشاور آزاد می‌شود: تجربه ارگانیسمی درمانگر به عنوان عامل راهنمای رفتار درمانگر و مراجع اهمیت می‌یابد. رشد کامل دوجانبه ارتباط حرفه‌ای بین روان‌درمانگر و مراجع، راه‌را برای کاربرد وسیع نظریه هموار ساخت. (هالد استاك و راجرز ۱۹۷۷)

مرحله فرد محوری (۱۹۷۵): از آنجا که از مرحله قبلی مراجع محوری بتدریج مرحله فرد محوری منتج شد (البته تشخیص دقیق تاریخ شروع قطعی آن میسر نیست) به هرحال در حدود اواسط یا اواخر دهه ۱۹۷۰ بود که راجرز علاقه خود را از افراد (چه به صورت فردی یا گروهی) به سمت جنبه‌های وسیع‌تر تعلیم و تربیت جامعه، صنعت و اجتماع تغییر داد (در رابطه با منبع قدرت برای رشد شخصی و حتی بین‌المللی از طریق روابط میان فردی)

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

آسیب پذیری (vulnerability)، حالت ناهمخوانی بین خود و تجربه است با تأکید بر

1. counseling and psychotherapy
2. client - centered therapy

اینکه این حالت بالقوه می تواند بهم‌ریختگی روانی را ایجاد کند.

آگاهی، نمادین کردن، هوشیاری (awareness, conciousness, symbolization)، همه این واژه‌ها بر تجلی ذهنی برخی از قسمت‌های تجربه دلالت می کنند.

تجربه (اسم) (experience). به معنی همه آنچه که در زمانی معین در درون ارگانیسم می گذرد، است (خواه در حالت آگاهی و یا در حالتی که بالقوه ممکن است آگاه باشد) و ماهیت روانشناختی دارد.

اضطراب (anxiety)، آنچنانکه به صورت پدیداری تجربه شده است حالت ناآرامی یا تنشی می‌باشد که علتش نامعلوم است.

تجربه کردن (فعل) (experience)، یعنی دریافت اثر و فشار وقایع درونی وبیرونی در یك لحظه معین در زمان.

توجه مثبت بی قید و شرط (unconditional positive regard)، درك تجربیات یك فرد دیگر است بدون توجه به اینکه این تجربیات ارزشمند یا کم ارزش باشند.

تهدید(threat)، این حالت وقتی به وجود می آید که پیش‌بینی می‌شود و یا این گونه ادراك می‌شود که یك تجربه با ساختار خود همخوان نباشد.

چارچوب درونی مرجع (internal frame of reference)، دلالت می کند بر قلمرو کلی تجربه که در زمانی معین در دسترس آگاهی فرد قرار دارد.

خودآرمانی (ideal self)، عبارت است از مفهوم ایده‌آلی که یك فرد علاقه‌مند است از خود داشته باشد.

خود، خودپنداره، ساختار خود (self, self-concept, self - structure)، یك مجموعه سازمان‌یافته از ادراکات و ویژگی‌های «من» و ادراکات مربوط به روابط «من» با دیگران و جنبه‌های مختلف زندگی است که این ادراکات با خود ارزشهایی را همراه دارند.

شدت (intensionality)، توصیف کننده ویژگی‌های رفتاری فردی که حالت دفاعی به خود گرفته است می‌باشد، مانند انعطاف‌ناپذیر بودن، کلی گویی زیاد، انزوا یا دوری از واقعیت، ارزیابی بی‌قیدوشرط تجربه.

فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی (organismic valuing process)، یك فرایند دائمی

است که در آن ارزشها هرگز تثبیت نمی‌شوند و انعطاف‌پذیر هستند. اما تجربیات براساس ارضاهای ارگانیسمی به دست آمده به دقت نمادین شده و به طور مستمر ارزش گذاری می‌شوند.

گرایش تحقق گرایانه (actualizing tendency)، گرایش ذاتی ارگانیسم است که برای رشد توانایی بالقوه به شیوه‌هایی که بتواند ارگانیسم را حفظ و ارتقا دهد به کار گرفته می‌شود.

گسترش (extensionality)، **به ادراکی مربوط می‌شود که واقعیات آن را متمایز کرده و تحت الشعاع خود قرار داده است. این ادراك همراه است با آگاهی از دو موضوع یکی تکیه گاه بعد زمانی واقعیات و دیگری سطوح مختلف تجرد و انتزاع.**

ناسازگاری روانی (psychological malad justment)، زمانی به وجود می‌آید که ارگانیسم تجربیات را در اگاهی خود انکار یا تحریف می‌کند به گونه‌ای که این تجربیات نمی‌توانند جذب فرد شوند.

ناهمخوانی بین خود و تجربه (incongruenee between self and experience)، اشاره به عدم سازگاری خود ادراك شده و تجربه واقعی دارد.

همخوانی (congruence)، حالتی است که در آن تجربیات شخص بدقت در خودپنداره نمادین می‌شود.

همدلی (empathy)، عمل دقیق درك چارچوب درونی مرجع فردی دیگر، همراه با اجزای عاطفی و مفاهیم مربوط به آن است. به طوری که شخص احساس کند که بجای فرد دیگر قرار دارد. اما بدون اینکه واقعاً این طور باشد.

ماهیت انسان

راجرز همیشه در مورد آنچه که دخالت در آزادی شخصی محسوب می‌شود محتاط بود و بخصوص متنفر بود از اینکه بگویند «درمانگر یعنی یك متخصص» از طرف دیگر او در مورد کسانی که آزادی انتخاب دارند و براساس خواسته‌های خود زندگی می‌کند خوش‌بین بود و احتمال می‌داد که اینها باید یك زندگی خوب و فوق‌العاده‌ای داشته باشند. او بشدت معتقد بود که انسانها ذاتاً خوب، قابل اعتماد و منطقی هستند. بنابراین راجرز متقاعد

شده بود که اگر انسانها آزاد باشند تا خودشان را اداره کنند آنوقت نیازهای جامعه نیز به بهترین وجه برآورده می‌شود، از آنجا که تقریباً تأکید راجرز منحصراً بر فرآیند یك کار است تا بر نتیجهٔ آن کار. بنابراین او جزئیات دیدگاه خود را از یك زندگی خوب بیان نداشت. به هر حال او بوضوح زندگی را بیشتر به عنوان یك فرایند متغیر می‌نگریست تا بودن و یا هدفی ایستا و ساکن؛ به نظر راجرز کسانی که آزادی خود را قبول دارند و بدون مقاومت بر اساس فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی زندگی می‌کنند به صورت خلاق با فرایند زندگی درگیر می‌شوند. راجرز این نوع زندگی را خوب می‌داند.

درمان مراجع محوری بر اساس فرضهای زیر بنا شده است: (راجرز ۱۹۵۱)

۱. *هر فردی در دنیایی پر از تجربه که پیوسته در تغییر است زندگی می‌کند که این فرد در محور و مرکز آن دنیا قرار دارد. این دنیای خصوصی شامل همه آن تجربیاتی است که فرد داشته است چه این تجربیات هوشیارانه ادراك شده، و یا ادراك نشده باشند. نکته مهم در مورد این دنیای خصوصی فرد این است که تنها خود فرد می‌تواند از آن به صورت واقعی و کامل مطلع شود. (صفحه ۴۸۳).*

۲. *ارگانیسم براساس تجربه و یا ادراك خود نسبت به محیط واکنش نشان می‌دهد. «واقعیت» برای فرد همان چیزی است که ادراك می‌کند. (صفحه ۴۸۴)*

۳. *ارگانیسم به عنوان یك کل سازمان یافته به میدان پدیداری واکنش نشان می‌دهد. (صفحه ۴۸۶).*

۴. *ارگانیسم دارای یك گرایش اساسی است یعنی کوشش برای واقعیت دادن و حفظ و ارتقای ارگانیسم تجربه گر... ما در اینجا صحبت از گرایش ارگانیسم برای حفظ و نگهداری خودش می‌کنیم یعنی جذب غذا، حالت دفاعی گرفتن در مقابله با خطرات و دستیابی به هدفی که حفظ خویشتن باشد. حتی اگر راه معمول رسیدن به این هدف سد شده باشد... حرکت آن... در جهت افزایش حاکمیت بر نفس، خودگردانی، خودمختاری و اجتناب از کنترل نیروهای بیرونی خواهند بود. (صفحات ۴۸۸ ـ ۴۸۷).*

۵. *رفتار اساساً کوشش هدف مدار ارگانیسم در میدان ادراکی، برای ارضای نیازهای فرد*

آن گونه که تجربه شده‌اند، است. (صفحه ۴۹۱).

۶. هیجان این رفتار هدف مدار را همراهی و در کل آن را تسهیل می کند. نوع هیجان مربوط به جنبه‌های جستجوگر رفتار در برابر جنبه‌های کمال رفتار و شدت هیجان به اهمیت ادراك شدهٔ رفتار، جهت حفظ و رشد ارگانیسم مربوط می‌شود. (صفحه ۴۹۲).

۷. درك رفتار از طریق چارچوب درونی مرجع فرد صورت می گیرد. (صفحه ۴۹۴).

۸. در نتیجه تعامل با محیط و مخصوصاً در نتیجه تعامل با دیگران، ساختار «خود» شکل می گیرد ساختاری که شامل الگوی سازمان یافته، سیال اما سازگار از ادراکات مربوط به ویژگی‌ها و روابط «من» و ارزشهای متصل به این مفاهیم است. (صفحه ۴۹۸).

۹. اکثر رفتارهایی که توسط ارگانیسم پذیرفته می‌شوند همان رفتارهایی هستند که با مفهوم خودپنداره سازگار می‌باشند، (صفحه ۴۰۷).

۱۰. ناسازگاری روانی، زمانی به وجود می‌آید که ارگانیسم، تجارب حسی مهم را در آگاهی خود انکار می کند، در نتیجه این تجارب در گشتالت «سازمان خود» نمادین و سازماندهی نمی‌شوند (صفحه ۵۱۰).

۱۱. همچنانکه فرد بسیاری از تجارب ارگانیسمی را درك و در «ساختار خود» می پذیرد درمی یابد که نظام ارزشی کنونی خود را به مقدار زیادی از طریق درون‌فکنی‌ها تعویض کند. این کار با فرایند ارزش گذاری مستمر ارگانیسمی به صورت تحریف شده نمادین می‌شود. (صفحه ۵۲۲)

ساختار شخصیت

زمانی که مفهوم راجرز را از ساختار شخصیت مورد بررسی قرار می‌دهیم باید این مطلب را به خاطر داشته باشیم که شخصیت، ساکن و ایستا نیست بلکه همیشه در حال «شدن» است راجرز در مورد ساختمان ناهوشیار فروید می گوید که: من نیز آن پدیده‌هایی را که فروید برای رشد مفهوم ناهوشیار مشاهده کرد، می‌بینم و فکر می کنم که روان‌شناسان وقتی که مجبورند مجموعه قابل مشاهده‌ای از داده‌ها را ارائه دهند آنوقت از مفاهیم فروید استفاده کرده و چیزهایی می‌سازند. من ترجیح می‌دهم که به دامنه پدیده‌ها فکر کنم: اول آنهایی که در مرکز روشن آگاهی قرار دارند (هوشیاری)، دوم دامنه مطالبی که می‌تواند در

هوشیاری به خاطر آورده شود. اما در حال حاضر آشکار نیست (زمینه)، و در پایان پدیده‌هایی که به صورت مبهم و ضعیف با آگاهی متصل می‌باشند و موادی که از آمدن آنها به قسمت آگاهی حتی به صورت مبهم نیز جلوگیری می‌شود زیرا که آگاهی یافتن بر آنها خودپنداره فرد را خراب می‌کند. (ایوانز ۱۹۷۵، صفحه ۶)

گرچه که تحت عنوان ساختار شخصیت مطالب خیلی واضح و روشن بیان نشده، اما به نظر می‌رسد که عقاید راجرز را در این مورد می‌توان به سه گروه تقسیم‌بندی کرد: ارگانیسم، میدان پدیداری و خود (هانسن تال ۱۹۸۲) منظور از ارگانیسم همه آن چیزی است که یك فرد را تشکیل می‌دهد. یعنی جنبه‌های جسمانی عاطفی و ذهنی، طبق نظر راجرز. (۱۹۵۱) ما به‌صورت یك ارگانیسم به تجربیات خود واکنش نشان می‌دهیم. یعنی پاسخهای تمام و کمال وجود ما به محرك، چه این محرك درونی باشد و چه برونی.

میدان پدیداری به تجربیات فرد مرتبط است. به دنیای همیشه در تغییر تجربیات، منظور از تجربیات فقط چیزهای بیرونی برای فرد نیست بلکه شامل رویدادهای درونی نیز می‌شود. بعضی از این رویدادها هوشیارانه ادراك می‌شوند اما بعضی دیگر نه. همچنین توجه به این مطلب نیز مهم است که چیزهای مرتبط با فرد (نه واقعیت) در میدان پدیداری به وسیله فرد ادراك می‌شود. (راجرز ۱۹۵۱)

از مهم‌ترین اصول شخصیت راجرز مفهوم او از خود است. آن گونه که راجرز می‌بیند خود، بخش متفاوتی از میدان پدیداری است که شامل مجموعه‌ای از ادراکات و ارزشها در مورد «من» است. در مفهوم راجرز از ساختار شخصیت، خود در مرکز این ساختار قرار دارد یعنی در نقطه اصلی ظهور و نمایان شدن شخصیت. خود از میان تعامل ارگانیسم با محیط رشد می‌کند در حین رشد کردن گرایش به یکپارچگی دارد و در عین حال نیز بعضی از ارزشهای دیگران را تحریف می‌کند. خود کوشش می‌کند تا همسانی رفتار و همسانی خود را حفظ نماید. تجربیاتی که با خودپنداره همسان باشند یکپارچه می‌شوند و آنهایی که ناهمسان با خودپنداره باشند به عنوان تهدید ادراك می‌شوند. در مرکز این مفهوم عقیده بر این است که خود همیشه در جریان است یعنی رشد و تغییر آن نتیجه‌ای از تعامل مستمر با میدان پدیداری می‌باشد. (راجرز ۱۹۶۱)

رشد شخصیت

به عقیده راجرز (۱۹۵۹)، رشد نظریه شخصیت، موضوعی نیست که در درمان مراجع محوری دارای الویت بالایی باشد. از طرف دیگر علایق پژوهشی و فلسفه وجودی راجرز از زندگی نیروی محرك این نظریه است. نظریه شخصیت راجرز بیشتر یك نظریه میدانی است تا نظریه ژنتیك (مانند فروید). نیروهایی که رشد فرد را در محیط سبب می‌شوند ذاتی هستند مخصوصاً در مورد روابط میان فردی (اجتماعی) تا بعضی از پویایی‌های درون فردی.

برای درك نظریه شخصیت مراجع محوری، باید از نوزاد انسان در لحظه تولد شروع کنیم. برای این نوزاد تنها دنیایی که وجود دارد همان دنیای تجربیاتش است. این دنیا به تنهایی واقعیت است. فطرت در انسانها یك نیروی انگیزشی است یعنی گرایش به «خودشکوفایی». این نیرو به وسیله نوزاد عملی می‌شود، یعنی گاهی تجربیات ادراك شده را به صورت مثبت ارزیابی می کند تا ارگانیسم خود را ارتقا داده و بالا برد و گاهی تجربیات ادراك شده را که برای ارگانیسم مضر می‌باشند، منفی ارزیابی می کند. راجرز این ارزیابی شهودی از تجارب را «فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی» می‌نامد.

خودپنداره نوزاد در حال رشد بتدریج از اشیا و رویدادهای «بیرون» یعنی غیر من[1] آگاه می‌شود. بعد از مدتی او قادر است که به طور صحیح میان من و غیر من فرق بگذارد و به طور صحیح مالکیت را از آنِ این، یا آن بداند، از میان تمرکز آگاهی به صورت تدریجی به تفاوت میان من و غیر من، خود پنداره کودك رشد می کند: یعنی یك آگاهی کاملاً عمیق از خود (خود به عنوان موضوع و هدف). این آگاهی از خود متمایز با غیر خود است و با ارزشهای متصل به تجارب فرد همراه است که همان خودپنداره در حال رشد می‌باشد (میدور[2] و راجرز ۱۹۷۳)

نیاز به توجه مثبت زمانی که آگاهی از خود ظاهر می‌شود نیاز به توجه مثبت نیز

1. not - me
2. Meador

از آن ناشی شده و سر برمی آورد. این یك نیاز فطری است و بنابراین در همه انسانها وجود دارد متأسفانه نیاز به توجه مثبت تنها به وسیله دیگران می تواند ارضا شود که البته این نیاز اغلب عقیم می‌ماند (من نیاز دارم که تو به من توجه مثبت داشته باشی اما ادراك تو از من به عنوان فردی که ارزش توجه مثبت را دارد بر اساس نیاز «تو» است و نه نیاز «من») از میان هزاران تجربه ارضا و یا عدم ارضای نیاز به توجه مثبت، نوزاد یك حس یاد گرفته شده را از «توجه به خود» که بر اساس توجه (مثبت یا منفی) که او از افراد مهم دریافت داشته، رشد می‌دهد. نیاز به توجه مثبت به خود خیلی نیرومند و قوی است و ممکن است این نیاز فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی را کنار بگذارد. (میدور و راجرز ۱۹۷۳)

شرایط ارزشمندی دیر یا زود نیاز کودك به داشتن «توجه مثبت افراد مهم» با نیازهای وجودی ارگانیسم در تضاد قرار می گیرند. ارزشهای «خود ـ رشدیافته» ممکن است با ارزشهای والدین در تضاد باشد. رفتاری که بر اساس ارزشهای ارگانیسمی باشد ممکن است از نظر والدین و یا دیگران قابل قبول نباشند. وقتی چنین اتفاقی می‌افتد کودك شروع به متوقف کردن فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی خود می کند و تشخیص‌های ارزشی افراد مهم را که او شدیداً به توجه آنها نیاز دارد می گیرد، گویی که آنها مال او بوده‌اند. بعبارت دیگر حالا دیگر تجارب برچسب «ارضا کننده» یا «ارضا نکننده» را دارند نه به خاطر اینکه به وسیله کودك تجربه شده‌اند بلکه به خاطر اینکه کودك آنها را به عنوان چیزی که به وسیله افراد مهم تجربه شده، درك می کند. زمانی که «تجربه خود» جستجو می‌شود و یا از آن اجتناب می گردد منحصراً به خاطر این است که آن تجربه کم و بیش «ارزش توجه» را دارد. می گویند که فرد شرایط ارزشمندی را به دست آورده است که این شرایط در درون نظام «توجه» جذب می‌شود وقتی که فرد بر اساس شرایط ارزشمندی عمل می کند «توجه مثبت نسبت به خود» را به دست می آورد و زمانی که او چنین عمل نمی کند احساس «توجه منفی نسبت به خود» را دارد. (میدور و راجرز ۱۹۷۳)

رشد رفتار ناسازگار

درمان مراجع محوری، رفتار بشر را برروی یك پیوستار مشاهده می کند محوری که رفتار خودشکوفا در یك طرف آن، و رفتار سازمان‌نیافته در طرف دیگر آن قرار دارد. رفتار

طبیعی و رفتار دفاعی جایی بین این دو، و نزدیکتر به خودشکوفایی قرار دارند. پیوستار به معنی این است که به این رفتارها به نسبت اختلاف درجه آنها توجه می‌شود. یعنی درجه ناهمخوانی بین خودپنداره و تجربه خود. برای مثال زمانی که فردی خود را یك دانشجوی خوب می‌داند و در امتحان رد می‌شود تجربه‌اش با خودپنداره اوجور در نمی‌آید ناهمخوانی تعدیل شده ممکن است با دلیل تراشی آشکار شود. «معدل من به اندازهٔ کافی بالا است من هنوز هم «الف» می گیرم.» ناهمخوانی شدید ممکن است با انکار نشان داده شود «این ورقه امتحانی من نیست.» و یا با رفتار نامأنوس «من اون کسی رو که باعث شکست من شد، پیدا می کنم.»

رشد ناهمخوانی همچنانکه شخص رشد می کند نیاز به احترام به خود در او باقی می‌ماند و در عین حال نیز شرایط ارزشمندی را به دست می آورد. در نتیجه او تجارب خود را به‌صورت انتخابی یا گزینشی درك و ملاحظه می کند. او آن دسته از تجربیاتی که منطبق با شرایط ارزشی او نیستند را، یا انکار می کند و یا به طور انتخابی آنها را ادراك می‌نماید بعلت منحرف شدن از ادراك انتخابی، ناهمخوانی بین تجربیات فرد و خودپنداره رشد می‌یابد. در نتیجه فرد نسبت به اضطراب آسیب‌پذیر است و از نظر روانی نیز تا حدودی ناسازگار به شمار می آید. (پرایس[1] ۱۹۷۲)

راجرز بین رفتارهای دفاعی و سازمان‌نیافته یك تفاوت عمده قائل است. از جمله رفتارهای دفاعی رفتارهایی هستند که به طور قراردادی به آنها «روان رنجور» می گویند مانند دلیل تراشی، فرافکنی، هراس و همچنین بعضی از رفتارهایی که به آن «روان‌پریش» می گویند مانند رفتارهای پارانویید مانند سوءظن و یا فرافکنی. رفتارهای سازمان‌نیافته از سوی دیگر بیشتر شامل رفتارهایی می‌شود که معمولاً با واکنش‌های «حاد روان پریش» همراه است.

رشد رفتارهای دفاعی وقتی که یك فرد تجربیات خود را به صورت تحریف شده یا انتخابی ملاحظه می کند، ناهمخوانی حاصله بین تجربیات ادراك شده او و خودپنداره‌اش

1. Price

(که براساس شرایط ارزشمندی اوست) باعث می‌شود که آن فرد نسبت به تهدید آسیب‌پذیر باشد. اگر چه عوامل مشخص از فردی به فرد دیگر و با توجه به تجربیاتش فرق می کند، اما محور همه تهدیدها ترس از آن است که ثبات و پایداری فرد به خطر بیفتد. اگر ناهمخوانی به اندازه کافی زیاد باشد، فرد قادر نخواهد بود شرایط ارزشمندی خود را تأمین کند و در نتیجه اضطراب را تجربه می کند، که اضطراب یك علامت ارگانیسمی است و می گوید: اینها خوب نیستند. فرد سعی می کند علایم خطر را خاموش کرده و از بروز اضطراب جلوگیری نماید بنابراین رفتار او دفاعی خواهد بود. رفتار دفاعی نشأت گرفته از تحریف یا ادراك انتخابی تجربه است تا آن تجربه را به طور مصنوعی متناسب با خودپنداره که به‌وسیله شرایط ارزشمندی، اصلاح شده است نماید. (پرایس ۱۹۷۲)

رشد رفتار سازمان‌نیافته درجه ناهمخوانی بین خود و تجربه برای فردی که به‌طور ناگهانی و بدون اخطار قبلی با این ناهمخوانی مواجه شده است ممکن است زیاد باشد، اگر چنین اتفاقی بیفتد فرایند دفاعی ممکن است به طور صحیح کار نکند و یا اصلاً کار نکند. زمانی که دفاعها مؤثر نباشند، تجربه تهدیدکننده تحریف نمی‌شود بلکه به طور دقیق در آگاهی نمادین می گردد. وقتی چنین اتفاقی بیفتد رفتار سازمان‌نیافته (و نه رفتار دفاعی) از فرد سر می‌زند. وقتی که رفتار سازمان‌نیافته از فرد سر بزند او ممکن است یکی از دو راه زیر را بپیماید: فرد ممکن است کوشش نماید تا برعلیه آگاهیش، از خود دفاع نماید. (کاتاتونیایی بشود) و یا ممکن است هویت متفاوتی اخذ نماید. (هذیان پارانوئید). احتمال دیگر این است که ممکن است خودپنداره تغییر پیدا کند تا تجربه غیرقابل قبول قبلی را نیز در بربگیرد. «البته که من احمقانه رفتار کرده‌ام، من احمق هستم.» (پرایس ۱۹۷۲)

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

تنها راه شکستن دور تهدید و دفاع، این است که نیاز به دفاع را از طریق حذف تهدید ادراك شده از بین ببریم. این فرایند در آغاز با دور کردن شرایط ارزش آغاز می‌شود (مانند این است که روکش کهنهٔ یك نقاشی را پاك کنیم) آنوقت خودپنداره‌ی آزاد و واقعی قابل

تجربه کردن می‌باشد. سپس باید فرد را به سوی آگاهی از تجربه خود و به سوی ارزیابی منحصر بفردش از آن تجربه رهنمون سازیم. (تصور من از این مطلب همان کار مارگرت سالیوان است که آب، درخت و زمین را به هلن کلر معرفی می‌کند). براساس درمان مراجع محوری این حالت به صورت یك رابطه صحیح با فردی دیگر که هیچ تقاضایی ندارد و فقط «توجه مثبت بی‌قید و شرط» را ارائه می‌دهد اتفاق می‌افتد.

در سال ۱۹۵۷ راجرز رسماً نظریه خود را در مورد شرایط لازم و کافی برای به دست آوردن فرایند درمانی تغییر شخصیت، بیان می‌دارد. یعنی فرایند تنها زمانی آغاز می‌شود که شرایطی را که راجرز بیان کرده وجود داشته باشند و در این فرایند شرایط دیگری لازم نیست. از آن زمان بود که راجرز پذیرفت که اگر غیرممکن نباشد لااقل مشکل است که بتوان شرایط لازم و کافی برای درمان را فراهم کرد. با این حال او هنوز معتقد بود که طرز تلقی درمانگر نیز عامل مهمی برای بسیاری از تغییرات سازنده‌ای که در مشاوره و روان‌درمانی صورت می‌گیرد، می‌باشد. (گرومن ۱۹۷۹، راجرز، جندلین [1]، کیزلر [2] و تروآکس [3] ۱۹۶۷) طبق فرمول جدیدتر میزان حرکت فرایند و میزان تغییر سازنده شخصیت به شدت و ضعف موارد زیر بستگی دارد:

الف. درمانگر در رابطه‌اش همخوان و خالص باشد.

ب. درمانگر توجه مثبت بی‌قید و شرط نسبت به مراجع داشته باشد.

ج. درمانگر درك توأم با همدلی دقیق را نسبت به چارچوب درونی مرجع مراجع نشان بدهد. که به آن «شرایط تسهیلی» گفته می‌شود.

در اینجا سه متغیر دیگر به خاطر تکمیل کردن و روشن ساختن این مطلب اضافه می‌شود:

۱. مراجع و درمانگر با یکدیگر تماس دارند.

۲. مراجع در یك حالت ناهمخوانی قرار دارد و آسیب‌پذیر است (ترجیحاً مضطرب).

---

1. Gendlin
2. Kiesler
3. Truax

۳. مراجع لااقل کمی از خلوص درمانگر و توجه مثبت بی‌قید و شرط و همدلی او را درک کند. (گرومن ۱۹۷۹)

فرایند مشاوره

راجرز «فرایند ادراکی روان‌درمانی» را از طریق چکیده و خلاصه کردن ساعتها مصاحبه درمانی ضبط شده توضیح داد (۱۹۶۱). به نظر می‌رسد که در این فرایند یك پیشرفت منظم مرحله‌ای وجود داشته باشد که در هر زمانی بتوان مراجع را برروی پیوستار به طور دقیق تشریح کرد مانند همه فرایندها در این فرایند نیز همراه با پیشرفت، گاهی نیز عقب‌نشینی‌هایی وجود دارد.

مرحله اول: این مرحله، مرحلهٔ انعطاف‌ناپذیر و خشك و دوری از تجربه است. مراجعان علاقه‌مند نیستند که خود را آشکار نمایند. آنها اگر ارتباطی برقرار کنند بیشتر دربارهٔ موضوعات بیرونی خواهد بود، آنها حتی از امکان وجود مفاهیم و احساسات شخصی خود آگاهی ندارند و ساختار شخصی آنها، بی‌نهایت خشك و انعطاف‌ناپذیر است. از آنجا که آنها نمی‌توانند وجود هر نوع مشکلی را تشخیص دهند و علاقه‌ای نیز به تغییر ندارند؛ لذا بسیار بعید به نظر می‌رسد که در این مرحله، داوطلب درمان شوند. این گونه افراد شناخت کم یا علاقه اندکی نسبت به جهان اطراف خود دارند تشخیص تجربیات شخصی آنها بسیار اندك و خام است و بیشتر در غالب واژه‌هایی نظیر «همیشه» یا «هرگز» بیان می‌شوند. این مراجعان به سختی قابل دسترسی هستند. بهترین کاری که یك درمانگر می‌تواند بکند تشکیل نوعی گروه‌درمانی یا بازی درمانی است که مراجع در آن بتواند مقبولیت را بدون اینکه چیزی را از دست بدهد تجربه کند.

مرحله دوم: در این مرحله مراجعان فقط کمی بازتر ازمرحله قبلی هستند. آنها شروع به بحث دربارهٔ موضوعات غیر از خود می‌کنند و در همهٔ این بحث‌ها مطالب مربوط به خود را حذف می‌کنند. آنهااحساس مسئولیت شخصی در محیط خود نمی‌کنند. آنها ممکن است احساسات خود را آشکار سازند (مثلاً ممکن است عصبانی شوند). اما آن احساسات را نمی‌شناسند و متعلق به خود نمی‌دانند. هر گونه بحثی در مورد احساسات، با افعال ماضی صورت می‌گیرد. ساختارهای شخصی آنها هنوز خشك است و بیشتر به عنوان

یك حقیقت در نظر گرفته می‌شود تا یك ساختار. تناقضها ممکن است بدون آنکه به آنها توجهی شود، بیان گردند.

مرحله سوم: در این مرحله مراجعان به نظر می‌رسد که می‌توانند درباره تجربیات جاری خود به عنوان یك چیز خارجی سخن بگویند. آنها خود را افرادی می‌پندارند که حوادث برای آنها اتفاق می‌افتند. آگاهی آنها از خودشان به تصویری که در دیگران منعکس می‌گردد، محدود می‌شود. آنها آزادانه درباره احساسات گذشته خود سخن می‌گویند، اما احساسات جاری خود را یا انکار می‌کنند و یا پست و بی‌اعتبار می‌دانند. آنها شروع می‌کنند به اینکه ساختارها را به عنوان ساختار تشخیص بدهند و نه واقعیت‌های ایجاد شده و آن ساختارها کمتر خشك و غیر قابل انعطاف و کلی و عمومی هستند. آنها اغلب درمانده و ناامید می‌شوند، زیرا که توانایی انتخابهای شخصی مؤثر را ندارند.

مرحله چهارم: مراجعان در این مرحله قدرت شناخت احساسات شدید مربوط به گذشته و مالکیت آن را دارند. اما احساسات کنونی آنها غیر شخصی و یا بیرونی است. عجیب اینکه این مراجعان اغلب ترس فعلی خود را از شناخت و تعلق آن احساسات تشخیص می‌دهند. هم تجربه و هم‌روشی که تجربه را تعبیر و تفسیر می‌کند خشکی و انعطاف‌ناپذیری کمتری دارند. قالبهای «همیشه» یا «هرگز» کمتر استفاده می‌شود. سؤال دربارهٔ اعتبار ساختارهای شخصی، شروع می‌شود و تناقضات و ناهمخوانی‌ها از این پس مقبول نمی‌افتد؛ کمی احساس مسئولیت نیز در رابطه با مسائل وجود دارد. مراجعان در این مرحله مانند شناگرانی هستند که پیش از داخل شدن به استخر آب آن را آزمایش می‌کنند. آنها هنوز از ایجاد یك رابطه درمانی نزدیك، هراس دارند. اما به وسیله آن فریفته می‌شوند و محتاطانه آن را امتحان می‌کنند تا ببینند آیا به آنها صدمه‌ای می‌رساند یا خیر. این مرحله حجم کلی درمان را مشخص می‌کند.

مرحله پنجم: در این مرحله احساسات، آزادانه در زمان حال بیان می‌شوند. و بیشتر آن نیز در زمان حال، تجربه می‌شوند اما به هر حال وقتی که این احساسات ظاهر شوند معمولاً توأم با ترس و وحشت هستند تا لذت. این مراجعان به طور فزاینده‌ای قادرند احساسات مربوط به خود را متعلق به خود بدانند. تجربه آنها نزدیك‌تر و کمتر سازماندهی

شده است. گرایش رشدیابنده‌ای برای بیان مجموعه احساسات، تجربیات و ساختارها همراه با پذیرش بیشتری از مسئولیت‌های شخصی، برای مشکلات شخصی وجود دارد. این مراجعان به فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی خود نزدیك هستند و در جریان احساسات خود قرار دارند به جای آنکه در ساحل آن بایستند و آن را تماشا کنند. تجربه کردن دیگر خشك و انعطاف‌ناپذیر نیست و ارتباط درونی (آگاهی و تعلق احساسات) دقیق‌تر و درست‌تر صورت می گیرد.

مرحله ششم: ویژگی این مرحله «آزاد شدن» احساسات «حبس‌شده» است. احساسات بازداشت شده قبلی اکنون آزادانه جریان می‌یابند و بدون واسطه و معمولاً با شادمانی تجربه می‌شوند. این مراجعان دیگر تجربیات خود را به عنوان یك چیز خارجی نمی‌پندارند و اکنون به صورت فاعلی در آن زندگی می کند. آرامش ناشی از سبکبار شدن روانی، توأم با سبکباری و آرامش فیزیولوژیکی خواهد بود؛ مانند اشکها، آه‌ها، قاه‌قاه و آرمیدن اغلب وجود دارد. ناهمخوانی توسط همخوانی بلعیده می‌شود. و از بین رفتن آن با شادمانی زیادی تجربه می گردد. مراجعان در این مرحله دیگر «مشکلاتی» چه درونی و چه بیرونی ندارند. بلکه آنها به صورت ذهنی بخشی از عمر خود را که سابقاً «مشکل‌دار» به‌نظر می‌رسید زندگی می کنند. از این مرحله به بعد مراجعان نیاز کمتری به درمانگر دارند.

مرحله هفتم: این مرحله بندرت در خلال درمان اتفاق می افتد. زیرا در این زمان مراجع، دیگر به درمان احتیاجی ندارد. در این سطح احساسات جدید، غنی و بدون واسطه تجربه می‌شوند. افراد (که از این پس مراجع نیستند) نه تنها احساسات خود را بلکه تغییرات حاصله در احساسات خود را نیز می‌پذیرند و احساس مالکیت بدان می کنند. آنها نسبت به فرایند تجربیات خود اعتماد دارند و از آن لذت می برند. تجربه کردن اکنون یك فرایند است زیرا همه یا بخشی از خشکی و انعطاف‌ناپذیری قبلی خود را از دست داده است. ساختار خشك و انعطاف‌ناپذیر جای خود را به یك جریان آزاد آگاهی ذهنی از تجربه می‌دهد. ساختارهای شخصی به صورت موقت شکل می‌یابند تا آنکه براساس تجربه اعتباری پیدا کنند و حتی در آن صورت نیز این ساختارها سست خواهند بود.

اهداف مشاوره

هدف مشاوره تجدید سازماندهی خود است. طبق نظر راجرز (۱۹۶۱) مشاور موفق، شرایط ارزشمندی را منحل می کند و بازبودن نسبت به تجربه را افزایش می دهد و از آن طریق درجه همخوانی بین خودپنداره و تجربه را گسترش می دهد. از طریق این فرایند مراجع فردی کاملاً فعال می‌شود. (گرومن ۱۹۷۹) فرد کاملاً فعال، کسی است که پختگی روانی بهینه‌ای را به دست آورده است و همخوانی کاملی دارد، نسبت به تجربیات باز است و کاملاً آماده توسعه روابط می‌باشد.

سه ویژگی برجسته شخص کاملاً فعال که به صورت ارگانیسمی کل‌نگر آشکار می‌شود چنین است. (پاترسون ۱۹۸۰، صفحه ۴۸۸):

۱ . *افراد کاملاً فعال، نسبت به کلیه تجربیات خود آزاد هستند. این بدان معنی نیست که آنها هر آنچه را که می‌تواند تجربه شود، تجربه می کنند بلکه به آن معنی است که آنها نسبت به قبول و رد هر گونه تجربه خاصی، آزاد هستند و محدودیتی برای تجربه کامل هر آنچه پذیرفته شده است ندارند.*

۲ . *آزاد بودن نسبت به تجربه یعنی افراد کاملاً فعال به طور وجودی[1] زندگی می کنند. یعنی تجربه می کنند بدون آنکه نیازی به کنترل آن داشته باشند. ویژگی این حالت بیشتر انعطاف‌پذیری و تطابق است تا خشکی و انعطاف‌ناپذیری.*

۳ . *افراد کاملاً فعال، قادرند آنچه را که «احساس می کنند که درست است» انجام دهند. زیرا به فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی به عنوان راهنمای رفتار ارضاکننده اعتماد دارند.*

۴ . *افراد کاملاً فعال، ممکن است «همرنگ جماعت نشوند» و با جامعه سازگاری نداشته باشند اما مثبت و خلاق زندگی کنند.*

۵ . *از آنجا که افراد کاملاً فعال حالت دفاعی ندارند، لذا قادرند به صورت واقعی اجتماعی شوند. آن هم نه از طریق ترس و پرخاشگری بلکه اظهارکننده، قابل اعتماد و قوی باشند.*

---

1. existential

۶ . از آنجا که افراد کاملاً فعال، به طور وجودی زندگی می کنند لذا رفتارشان قابل اعتماد است و نه قابل پیش بینی.

۷ . افراد کاملاً فعال، آزاد هستند. آنها به افکار خود می‌اندیشند، احساسات خود را احساس می کنند و کار خود را انجام می دهند البته نه با اغتشاش، بلکه از طریق خلاقیت؛ و نه از طریق رفتارهای ضداجتماعی یا غیراجتماعی بلکه به صورت وجودی.

جهات ارزشی‌ای که در افراد ایجاد می‌شود تا آنها را به افراد کاملاً فعال تبدیل کند جزء خصایص فردی و ویژه آنها نیست بلکه در همه فرهنگهای مختلف مشترك است و به‌عنوان یك امر درونی نوع بشر، تلقی می‌شود. این جهات مشتمل است بر اینکه انسان باشد تا ظاهر را حفظ کند؛ خود و خودرهبری را با ارزش بداند و به فرایند ارزش بدهد؛ نه اینکه اهداف ثابتی داشته باشد. به حساسیت و مقبولیت نسبت به دیگران ارزش بدهد، روابط عمیق با دیگران را با ارزش بداند و بالاخره آزاد بودن نسبت به تمام تجربیات خود از جمله احساسات و عکس‌العمل‌های دیگران را با ارزش بداند. البته شخص کاملاً فعال و ایده‌آل وجود ندارد.

آموزش مشاور

راجرز و همکارانش، اولین کسانی بودند که کارگاه کوچکی را برای آموزش روان‌درمانگران به‌وجود آوردند و کوشش نمودند که مؤثر بودن آنها را ارزیابی نمایند. آنها روشهای نمره‌گذاری را برای تسهیل یادگیری تجربی از فرایند مشاوره مشخص و معلوم نمودند و همچنین ویژگی‌های مشاور مؤثر را نیز مشخص کردند. تجربه‌های نمره‌گذاری راجرز شامل:

الف. گوش دادن به مصاحبه‌های ضبط شده درمانگرهای با تجربه.

ب. ایفای نقش درمانگر با دانشجویانش.

ج. مشاهده مجموعه‌ای از مشاوره‌های زنده که توسط استاد راهنما انجام می‌شود.

د. شرکت در درمان گروهی یا چندگانه.

هـ. سرپرستی مصاحبه‌های مشاوره‌ای دانشجویان.

و. درمان شخصی. (ماتارازو[1] ۱۹۷۸)

علاوه بر برنامه لاجولا[2] در کارگاههای تابستانی بیشتر آموزش مراجع محوری در مکانهای تربیتی قدیمی مشاور صورت می گیرد: یعنی یك برنامه سی و شش تا چهل و پنج ساعته ترمی در سطح کارشناسی ارشد. طبق تحقیق هالیس[3] و وانتز[4] در مورد برنامه‌های آموزش مشاور در سطح دانشگاه در ماه آگوست ۱۹۷۹، دیده شد که ۲۴ درصد از افراد آموزش‌دیده خود را متمایل به روش التقاطی و ۲۱ درصد از آنها خود را پیرو راجرز می‌دانستند. به نظر می‌رسد که گروه التقاطی شامل کسانی باشد که «کم یا بیش» پیرو راجرز هستند.

کارکرد مشاور

نتایج تحقیقات مربوط به نگرشهایی که برای راه‌اندازی توان رشد حایز اهمیت می‌باشند بشرح زیر است:

الف. درك توأم با همدلی دقیق و حساس از مراجع.

ب. پذیرش کامل مراجع یا توجه مثبت بی‌قید و شرط نسبت به او.

ج. خلوص یا همخوانی درمانگر.

به نظر می‌رسد که این نگرشها بر اساس موقعیتی که فرد در آن قرار دارد حایز اهمیت می‌باشد. به نظر می‌رسد که همخوانی در وضعیت معمولی و زندگی روزانه اهمیت بسیار زیادی داشته باشد. در دیگر وضعیت‌های خاص معین مانند وضعیت بین والدین و کودك یا بین درمانگر و فرد روان‌پریش دست نیافتنی، توجه یا ارزش قائل شدن ممکن است اهمیت بیشتری داشته باشد. به هر حال درمان زمانی که هر سه مورد به مقدار زیاد وجود داشته باشد مؤثرتر خواهد بود.

همدلی دقیق   یکی از مهمترین کارکردهای درمانگر این است که بفهمد مراجع

1. Matarazzo
2. lajolla program
3. Hollis
4. Wantz

چه فکر می کند، چه احساسی دارد و چه تجربه‌ای می کند و چگونه مراجع رفتار خود را ادراك می‌نماید. این کار مستلزم احساس دقیق و واقعی نسبت به معانی و احساساتی است که در مراجع جریان دارد و در خلال تجربه تغییر می کند. این بدان معنی است که درمانگر باید به اندازه کافی در دنیای خود امنیت داشته باشد تا بتواند در دنیای مراجع زندگی کند (زندگی به‌طور موقت اما براحتی). این مطلب بیشتر بدان معنی است که مشاور نه تنها در دنیای مراجع زندگی می کند بلکه قضاوت مراجع را نیز دربارهٔ این دنیا می‌پذیرد درمانگر قضاوت مراجع را قبول می کند، نه اینکه این قضاوت صحیح باشد بلکه بدان دلیل که این قضاوتها متعلق به مراجع است. بالاخره درمانگر تنها نباید دنیای مراجع را آن گونه که او می‌بیند درك کند، بلکه باید دقیقاً درك خود را با مراجع ردوبدل نماید. (هولد استاك[1]، راجرز ۱۹۷۷).

توجه مثبت بی‌قید و شرط کار دیگر درمانگر این است که نوعی توجه نسبت به مراجع داشته باشد که راجرز آن را «توجه مثبت بی‌قید و شرط» نام نهاده است. (راجرز ۱۹۵۱) این به معنی پذیرفتن مراجع «همان گونه که هست» و بها دادن به مراجع به عنوان یك فرد بدون توجه به ظاهر یا رفتار او می‌باشد. توجه مثبت بی‌قید و شرط بستگی به همدلی دقیق به عنوان یك وسیلهٔ نقلیه دارد یعنی کوشش برای درك مراجع بدون به کار بردن کنترل یا قضاوت، که شیوهٔ اولیه برای به کار بردن توجه مثبت بی‌قید و شرط است. (هولد استاك و راجرز ۱۹۷۷)

همخوانی برای انجام دادن و واقعیت دادن به سومین کار کرد، درمانگر باید بعضی از ویژگی‌های فرد کاملاً موثر را داشته باشد. بنابراین او قادر خواهد بود که با مراجعان خود مانند یك انسان تعامل داشته باشد و به آنها پاسخ دهد نه فقط در نقش یك درمانگر. لازمه این کار شفاف بودن نسبی با مراجع است اینکه نسبت به احساسات، افکار و نگرشهای خود در هر لحظه باز باشد به گونه‌ای که مراجع را محدود نکند، بلکه درمانگر را آشکار نماید.

---

1. Holdstock

تمرین مشاوره

تکنیک‌های عمده

بعضی از فرمولهای قدیمی‌تر درمان غیررهنمودی، درمانگر را به‌عنوان یك شخصیت در فرایند درمان تلقی نمی کرد وبنابراین بیشتر بر تکنیك‌ها تأکید می کرد. (راجرز، ۱۹۴۲) اخیراً به درمانگر به عنوان یك فرد فعال در رابطهٔ درمانی توجه می‌شود و بنابراین، نگرشها و فلسفه درمانگر اهمیت بیشتری نسبت به تکنیك‌ها دارند. (پاترسون ۱۹۸۰) از آنجا که بدیهی است تکنیکها وسیله به کارگیری نگرشها و فلسفه هستند، پس این دو باید باهم سازگار باشند. سؤال کردن، وارسی نمودن تعبیر و تفسیر و تجزیه و تحلیل، همه و همه در خزانهٔ درمان مراجع محوری، غایب هستند.

بهترین روش شناخته شده در درمان مراجع محوری بازتاب احساسات است که در حقیقت تشریح چندان دقیقی از فرایندکار نیست بلکه این کار بیشتر توضیح و تفسیر است تا بازتاب صرف؛ و بیشتر احساس و محتوا یا یك حالت کلی است تا احساسات صرف. این کار کوششی است که به مراجعان اجازه می‌دهد تا بدانند هر آنچه می گویند شنیده (نه فقط کلماتشان) و همان گونه که هستند درك و پذیرفته شده‌اند؛ حالا هرچه کلمات می‌خواهند باشند. همدلی دقیق وسیله‌ای برای توجه مثبت و همخوانی است. بخشی از این کار رسماً به عنوان یك تکنیك محسوب نمی‌شود و فقط توجه درمانگر است. (تماس چشم، حالت صدا، میزان صحبت و انتخاب کلمات).

پارامترهای درمان

از آنجا که رویکرد مراجع محوری در موقعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار می گیرد، یك وضعیت نمونه که کاملاً پذیرفته شده و مقبول باشد، وجود ندارد. رابطه یك به یك مراجع مشاور باید دریك دفتر کار سنتی برقرارشود. در حالی که گروهی از داوطلبان سپاه صلح باید در یك یدك کش در سرزمین سرخپوستان همدیگر را ملاقات نمایند. (میدور و راجرز ۱۹۷۳) به طور کلی جلسات فردی هفته‌ای یك بار و به مدت ۵۰ تا ۶۰ دقیقه است. درحالی که جلسات گروهی به مدت یك ساعت و نیم تا دو ساعت، و دوبار در هفته تشکیل می‌شود. به هرحال مدت و فراوانی جلسات بستگی به سن مراجعان و اهداف

رابطه دارند. تعداد جلسات نیز به شدت و نوع مشکلی که فرد با خود به جلسه درمان آورده است بستگی دارد. به هر حال به طور طبیعی درمان مراجع محوری حداقل شش ماه یا بیشتر طول می کشد.

مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از میدور و راجرز (۱۹۷۳، صفحات ۱۴۱ـ۱۴۰)

درمانگر: من مقداری سیگار در قفسه می‌بینم... ها؟ بیرون گرم است. (سکوت: ۲۵ ثانیه)

درمانگر: به نظر می‌رسد که امروز صبح تو عصبانی باشی همین طور است یا اینکه تصور من است؟ (مراجع بآرامی سرش را تکان می‌دهد) عصبانی نیستی‌ها؟ (سکوت: یك دقیقه و ۲۶ ثانیه)

درمانگر: احساس می کنم اجازه دارم وارد آنچه که در جریان است بشوم؟ (سکوت: ۱۲ دقیقه و ۵۲ ثانیه)

درمانگر: (بنرمی) احساس می کنم می‌خواهم بگویم که «اگر بتوانم کمکی بکنم مایلم وارد کار شوم.» از طرف دیگر، کمك من باید درست همان چیزی باشد که تو می‌خواهی... ولی اگر احساس می کنی که دوست داری در درون خودت باشی و آنچه که در درونت می گذرد احساس می کنی، این کار نیز خوب است. حدس می‌زدم که چیز دیگری هم می‌خواهم بگویم، واقعاً می گویم که «من به تو اهمیت می‌دهم.» من اینجا مثل یك تکه چوب ننشسته‌ام. (سکوت: یك دقیقه و ۱۱ ثانیه)

درمانگر: حدس می‌زنم که سکوت تو به من می گوید که تو نمی‌خواهی یا نمی‌توانی بیرون از خودت بیایی، اشکالی ندارد. من ترا اذیت نمی کنم فقط می‌خواهم بدانی که من اینجا هستم. (سکوت: ۱۷ دقیقه و ۴۱ ثانیه)

درمانگر: می‌خواهم ظرف چند دقیقه جلسه را تمام کنم. (سکوت: ۲۰ ثانیه)

درمانگر: برایم دشوار است بدانم که چه احساسی داشته‌ای اما به نظر می‌رسد که می‌توانیم بعضی وقتها هم احساس خوبی پیدا کنیم یعنی وقتی که تنش‌ها را رها و آرامش به‌دست آوریم اما همان‌طور که گفتم من واقعاً نمی‌دانم که چه احساسی داری این‌طور به نظرم می‌رسد که اخیراً کارها خراب شده‌اند؟ (سکوت: ۴۵ ثانیه)

درمانگر: امروز ممکن است که تو میل داشته باشی که من حرف نزنم و شاید من هم باید همین کار را بکنم. اما من همچنان احساس می کنم که مایلم با تو به گونه‌ای ارتباط داشته باشم. (سکوت: ۲ دقیقه و ۲۱ ثانیه) (جیم خمیازه می کشد).

درمانگر: به نظر می‌رسد که دلسرد شده‌ای یا خسته‌ای. (سکوت: ۴۱ ثانیه)

مراجع: نه، فقط پست و نکبت‌بار است.

درمانگر: همه چیز پست و نکبت‌بار است‌ها؟ تو احساس پستی می کنی؟ (سکوت: ۳۹ ثانیه)

درمانگر: آیا دلت می‌خواهد که روز جمعه سر همان وقت یعنی ساعت ۱۲ بیایی؟

مراجع: خمیازه می کشد و زیر لب چیزی نامفهوم را زمزمه می کند (سکوت: ۴۵ ثانیه)

درمانگر: درست نوعی احساس غرق شدن در این پستی و نکبت. احساس نکبت و پستی هوم؟ آیا چیزی شبیه این است؟

مراجع: نه.

درمانگر: نه؟ (سکوت: ۲۰ ثانیه)

مراجع: نه، من فقط هیچوقت با هیچکس خوب نبوده و نخواهم بود.

درمانگر: حالا این احساس را می کنی هوم؟ که تو با خودت هم خوب نبوده‌ای و با دیگران هم خوب نبوده‌ای. هیچوقت نسبت به هیچکس خوب نبوده‌ای. به خاطر این است که تو کاملاً احساس بی‌ارزشی می کنی‌ها؟ اینها واقعاً احساسات پست و نکبت‌بار هستند، فقط احساس می کنی که تو اصلاً خوب نیستی هوم؟

مراجع: آها (با صدای سرد و ضعیفی زیر لب زمزمه می کند) این چیزی است که آن پسر وقتی که آن روز به شهر می‌رفتیم به من گفت.

درمانگر: این پسری که تو با او به شهر رفتی واقعاً به تو گفت که خوب نیستی؟ منظورت همین است؟ درست فهمیدم؟

مراجع: بله.

درمانگر: حدس می‌زنم درست فهمیده باشم که فردی وجود دارد که برایت مهم است و آنچه که فکر می کند هم، برایت مهم است؟ چرا او به تو گفت که تو اصلاً خوب نیستی. این حرف زیر دل ترا خالی کرد. (جیم به آرامی گریه می کند) گریه آدم را

درمی‌آورد. (سکوت: ۲۰ ثانیه)

مراجع: (نسبتاً بی‌اعتنا) من اهمیتی نمی‌دهم.

درمانگر: تو به خودت می‌گویی که اصلاً اهمیت نمی‌دهی، اما حدس می‌زنم که بخشی از تو اهمیت می‌دهد زیرا که بخشی از تو برایش گریه می‌کند. (سکوت: ۱۹ ثانیه)

درمانگر: فکر می‌کنم که بخشی از تو احساس می‌کند که: «کس دیگری به من ضربه زده است. من در زندگیم ضربه‌هایی مثل این نخورده‌ام. وقتی که احساس می‌کنم مردم مرا دوست ندارند فردی اینجا وجود دارد که احساس نزدیکی به او می‌کنم ولی حالا او نیز مرا دوست ندارد و من به خودم می‌گویم که برایم مهم نیست نمی‌گذارم که فرقی برایم داشته باشد اما درست همان طور اشکها از گونه‌هایم جاری می‌شوند.»

مراجع: (زمزمه می‌کند) فکر می‌کنم که همیشه این موضوع را می‌دانستم.

درمانگر: هوم؟

مراجع: فکر می‌کنم همیشه این را می‌دانستم.

درمانگر: اگر درست فهمیده باشم آنچه که شدیدترین ضربه را می‌زند این است که او به تو بگوید تو خوب نیستی. خوب یك نوع شوك است، این همان چیزی است که همیشه در مورد خودت احساس می‌کردی. آیا معنی این حرف تو همین است؟ (مراجع سر خود را به نشانه قبول تکان می‌هد) اوم. بنابراین احساس می‌کنی که گویی او درست آنچه را که خودت هم می‌دانستی، دارد تأیید می‌کند. او دارد همان چیزی را که تو به گونه‌ای احساس می‌کردی، تأیید می‌کند. (سکوت: ۲۳ ثانیه)

درمانگر: بنابراین چیزی بین گفته‌های او و احساس احتمالی تو پنهان است مانند هر کس دیگری احساس خوبی نداری. (سکوت: ۲ دقیقه و یك ثانیه) پایان مصاحبه.

این مرد جوانی بود که در مؤسسه‌ای که در آن کار می‌کرد مشکل آفرید. او اغلب احساس می‌کرد که با او بدرفتاری می‌شود به آسانی حالت دفاعی به خود می‌گرفت و اغلب با کارمندان دعوا می‌کرد. او نشان می‌داد که فاقد هر نوع احساس لطیف و ظریف است و با دیگران به تندی رفتار می‌کرد. به‌هر حال در این مصاحبه (و مصاحبه بعدی که در اینجا

گزارش نشده است) او عمق احساسات مربوط به بی‌ارزشی خود را تجربه می کند و اینکه بهانه‌ای برای زندگی ندارد.

کاربرد

رویکرد مراجع محوری در هر زمانی و با هر کسی که احساس می کند او را درك نمی کنند و یا می خواهد که خود درك کند و یا مشتاق است که در مورد افکار و احساساتش باز باشد، به کار برده می‌شود. چهار نوع وضعیت برای کمك وجوددارد که اصول مراجع محوری به صورت مؤثر در آنها به کار برده می‌شوند. (میدور و راجرز ۱۹۷۳):

مشاوره و روان درمانی رویکرد مراجع محوری در مشاوره‌های فردی و با هر نوع مراجعی مؤثر بوده است. مشاورهٔ مذهبی، مشاورهٔ مدرسه، بازی درمانی و مشاورهٔ زناشویی و خانواده، این رویکرد را مورد استفاده قرار داده‌اند.

آموزش ارتباطات انسانی اصول مراجع محوری، به میزان وسیعی در آموزش یاری‌دهندگان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای به کار رفته است که شامل کارمندان مدرسه در همه سطوح، مددکاران، پرستاران، پزشکان و سپاهیان صلح و داوطلبان خدمت در ارتش آمریکا می‌باشد. (میدور و راجرز ۱۹۷۳)

گروههای مواجهه گسترش نهضت گروه رشد، به طور عمده مدیون راجرز می‌باشد اگرچه که او به تنهایی این کار را نکرد. درواقع از اواخر دهه ۱۹۶۰ تا اواسط دهه ۱۹۷۰ او به کلی مشاورهٔ فردی را کنار گذاشت و به کار در گروههای مواجهه پرداخت. این گروهها دست‌اندرکار اختلافات بین کارگران و مدیران، روابط سیاه و سفید، مسائل دانشجو و دانشکده‌ها و دیگر روابطی که در دو قطب مخالف یکدیگر قرار داشتند، بودند. همچنین روابط میان فردیِ (اجتماعی) بنیادی‌تر فرد وگروه را نیز مورد توجه قرار می‌دادند.

تغییرات نهادی ـ سازمانی این تغییرات شامل دانشکده‌ها به طور تك تك و کل نظام دانشگاه شده است؛ همچنین شامل واحدهای صنعتی، بازرگانی، کلیساها و سازمانهایی نظیر YWCA و YMCA و حتی با برخی ازمؤسسات دولتی نیز به کار گرفته شده است.

نقد

پشتوانه پژوهشی

ویژگی متمایز رویکرد مراجع محوری، این است که دارای یك جنبه تحقیقاتی قوی می‌باشد. شاید به این دلیل است که در این مورد تحقیقات وسیع‌تری نسبت به شیوه‌های دیگر درمان البته احتمالاً به استثنای رفتار درمانی انجام شده است.

متغیرهای عرضه شده توسط درمانگر نظیر همدلی، احترام و خلوص به طور وسیعی مورد تحقیق قرار گرفته است و نتایج آن پشتوانه‌ای است برای این بخش از نظریه راجرز. لااقل در مشاورهٔ مراجع محوری به نظر می‌رسد که همدلی، خلوص و توجه غیر انحصاری، به‌نحوی غیررسمی با بسیاری از متغیرهای این فرایند مانند عمق کاوش خود و نتایج موفق ارتباط دارد. (بارت لنارد[1] ۱۹۶۲، راجرز ۱۹۶۷، تروآکس و میشل[2] ۱۹۷۱) برخی شواهد نشان می‌دهند که ممکن است درجات پایین‌تر این شرایط در بدتر شدن وضع مراجع مؤثر باشد. (بارگین[3] ۱۹۶۳، ۱۹۶۶، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷).

راجرز تصور می‌کرد که خلوص، همدلی و توجه غیرانحصاری شرایط مهمی برای تسهیل در رشد می‌باشند. این شرایط به‌طور کلی در همه رویکردهای روان درمانی و روابط میان فردی وجود دارد. این فرضیه توسط تروآکس و گروه جان هاپکینز[4] (تروآکس، وارگو[5]، فرانك[6]، ایمبر[7]، باتل[8]، هون ـ ساریك ناش[9] و استون[10] ۱۹۶۶) وهمچنین توسط کورتز[11] و گرومون در سال ۱۹۷۲ تأیید گردید. اما به هرحال گارفیلد[12] و برگن نتوانستند

---

1. Barrett Lennard
2. Mitchell
3. Bargin
4. Johns Hopkins
5. Wargo
6. Frank
7. Imber
8. Battle
9. Hoen-Saric Nasch
10. Stone
11. Kurtz
12. Garfield

همین نتایج را دوباره به دست آورند و لذا اظهار داشتند که ساختارهای راجرزی ممکن است فقط برای مشاوره مراجع محوری و روان درمانی معتبر باشد.

راجرز و جندلین هر دو نظر دادند که تحرك فرایند مشاوره در مشاوره‌های موفق بیشتر از مشاوره‌های ناموفق است و برخی پژوهشهای مقدماتی نیز این موضوع را ثابت نمودند (راجرز ۱۹۶۱). تجربیات بیشتر و دیگر فرایندهای مرتبط با آن نیز عواملی هستند که موارد موفق را از موارد ناموفق متمایز می‌سازند. اما به‌هرحال مراجعان موفق دارای متغیرهایی از جمله تجربهٔ بالاتر، حتی در ابتدای درمان می‌باشند. مراجعانی که برای درمان مراجعه می کنند چنانچه توانایی انجام یك تمرکز تجربی را داشته باشند در درمان موفق‌تر می‌شوند و کسانی که توانایی آنها کم است، شکست می خورند. بنابراین میزان تجربه فرد ارتباط بیشتری با موفقیت او دارد تا تحرك فرایند مشاوره او و مشاور مراجع محوری در بیشتر موارد کمتر کاری برای بهبود توانایی تمرکز تجربی مراجع انجام می‌دهد. باز بودن درمورد روند مستمر ومداوم تجربه مترادف با سلامت روانی نیست. زیرا بسیاری از مراجعانی که کاملاً ناسازگار هستند وقتی وارد درمان می‌شوند نمره بیشتری برای داشتن این نوع توانایی به دست می آورند. (راجرز ۱۹۶۷) بجای اینکه سلامت روانی را تعریف کنیم، به‌نظر می‌رسد که متغیرهای تجربه و دیگر متغیرهای سنجش فرایند، از جمله عواملی هستند که رفتارها را اندازه‌گیری می کنند و فرد را قادر می‌سازند تا از مشاوره استفاده ببرد. (گرومون ۱۹۷۹).

پژوهشهای اولیه به وسیله راجرز و دایموند[1] (۱۹۵۴) هوگان[2] (۱۹۴۸) و راسکین[3] (۱۹۴۹) نشان دادند، درحالی که روابط مشاوره‌ای پیشرفت می کند میزان دفاع مراجع کاهش می‌یابد و همخوانی بین خود و تجربه افزایش می‌یابد، و درمراجع نیز گرایش به مشاهده خود به عنوان یك موضوع ارزشیابی به‌وجود می آید. مطالعاتی که تروآکس و کارخوف (۱۹۶۷) و کارخوف وبرنسون(۱۹۶۷) انجام دادند نشان داد که

---

1. Dymond
2. Hogan
3. Raskin

چنانچه شرایط لازم و کافی که راجرز تشریح کرد برای مراجع فراهم شود. آنها به سوی کاوش خود که منجر به تغییرات مثبت می گردد حرکت می کنند. نه تنها عوامل قید شده در رشد مراجع اثردارند بلکه درجه شدت و ضعف این شرایط نیز دارای اهمیت می‌باشند. (پژوهشی که تروآکس در سال ۱۹۶۳، تروآکس و کارخوف در سال ۱۹۶۵ انجام دادند.)

هالکیدز[1] (۱۹۵۸) حضور شرایط محوری را به موفقیت درمان ارتباط داد. براساس ملاکهای مختلف، ده مورد به عنوان موارد موفق، و دو مورد به عنوان ناموفق شناسایی شدند. داورانی که آنها را نمی‌شناختند شرایط محوری را که در نوار مصاحبه این موارد وجود داشت درجه‌بندی کردند. هالکیدز دریافت که سه شرط به میزان قابل توجهی با موارد موفق ارتباط داشت. برت لنارد (۱۹۵۹) شرایط محوری را از نقطه نظر مزیت آنها برای مراجع و نه درجه‌بندی مصاحبه‌های داوران، مطالعه کرد. بعد از پنج بار مصاحبه و در پایان درمان، مراجعان «پرسشنامه رابطه برت لنارد» را پر کردند. آنها دریافتند که پیشرفت مراجع درسازگاری به‌طور عمده بستگی به ادراك آنها از درمانگر دارد (بعد از پنج بار مصاحبه)، یعنی احترام، خلوص و درك توأم با همدلی درمانگر.

در میان مطالعات کاملاً معین از رویکرد مراجع محوری مطالعاتی وجود دارد که به وسیله راجرز در مؤسسه روانپزشکی ویسکانسین انجام شده است(۱۹۶۷) این مطالعه بزرگ نشان داد که:

الف ـ بیمارانی که درمانگر آنها گرمی غیرانحصاری، خلوص و همدلی را به مقدار زیادی نشان می‌دادند، تغییرات مثبت عمده‌ای در شخصیت و رفتارشان به‌وجود آمد.

ب ـ بیمارانی که درمانگران آنها این شرایط محوری را به میزان کم ارائه دادند. کارکرد شخصیتی و رفتاری آنها بدتر شد.

نه سال تحقیقات پیگیر تروآکس و میشل (۱۹۷۱) نشان داد که اثراتی که در انتهای درمان پیدا شده‌اند همچنان پایدار می‌مانند. بیمارانی که درمانگران آنها شرایط محوری را به

1. Halkids

مقدار زیادی ارائه دادند، عمدتاً نسبت به بیمارانی که درمانگران آنها به مقدار کمی از آن شرایط را ارائه دادند تاریخچه بهتری بعد از درمان داشتند. آنها عمدتاً نسبت به گروه کنترل یعنی بیمارانی که درمان نشدند، بهبودی بسیار بیشتری پیدا کردند.

بالاخره مطالعه ویسکانسین نشان داد که میزان درگیری مراجع در شروع فرایند درمان عامل مهمی برای پیشگویی پیشرفت مراجع است، برخلاف انتظار افزایش کاوش خود مراجع درخلال درمان اثری بر نتیجه آن ندارد درحالی که خودکاوی مراجع در ابتدای درمان با نتیجه درمان ارتباط دارد. یکی از بهترین مطالعاتی که حوزه‌های درمانی متفاوت را مقایسه می کند به وسیله راسکین (۱۹۷۴) انجام شد. او هشت دقیقه از بخشهای مختلف نوار شنیداری مربوط به جلسات درمان شش درمانگر متخصص را انتخاب کرد. هر یك از آنها قبول داشتند که بخشهای انتخاب شده نمایانگر شیوه کار آنهاست. هر یك از درمانگران نماینده طرز فکرهای زیر بودند: درمان تحلیل تبادلی، تجربی، روانکاوی، یونگ، مراجع محوری، تحلیل مستقیم. سپس هشتادوسه درمانگر متغیرهای ذیل را که در نوار وجود داشت، براساس یك مقیاس چهار نمره‌ای درجه بندی کردند: شناختی، تجربی، همدلی، درمانگر مدار، برابرنگر، گرم، توجه مثبت بی‌قیدوشرط، همخوانی، تأکید بر ناهوشیار، تقویت کننده‌های منظم، اعتماد به نفس و برانگیختن اعتماد (در داوری). علاوه‌بر درجه‌بندی کردن بخشهای مختلف نوارهای شنیداری، قضات خودشان را نیز براساس متغیرهای مربوط به درمانگر که در کارشان وجود داشت و همچنین براساس متغیرهای مربوط به درمانگر که می‌بایست در کار درمانگران ایده‌آل وجود داشته باشد، درجه‌بندی کردند. راسکین دریافت که ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که درمانگران متخصص، متفاوت از یکدیگر عمل می کنند و میزان آشنایی و تجربه داوران اثر کمی در درجه‌بندی دارد. در ارزیابی آنها از درمانگر ایده‌آل اشتراکات زیادی وجود داشت و مهم تر اینکه داوران عمل خود و یك درمانگر ایده‌آل را بسیار شبیه به یك متخصص مراجع محوری یافتند. داوران صرفنظر از رشته‌های خود توافق داشتند که جنبه‌های تجربی درمان مهمتر از جنبه‌های شناختی آن است و باید به همدلی و همخوانی اهمیت بیشتری نسبت به جهت گیری‌های درمانگر داد و بر ناهوشیار و تقویت منظم تأکید نمود و بالاخره دریافتند که ضریب

همبستگی بین درمانگر مراجع محوری ودرمانگر ایده‌آل، نودوچهار می‌باشد. درمانگر ایده‌آل بادرمانگر تجربی دارای ضریب همبستگی پنجاه‌وهفت بود که در مرتبه بعدی قرار داشت. چهار متخصص باقیمانده با درمانگر ایده‌آل دارای ضریب همبستگی منفی بودند و نهایت آن ضریب همبستگی شصت‌وشش با درمانگر مکتب یونگ بود. بنابراین، این مطالعه نه تنها بر اهمیت شرایط محوری تأکید می‌کند بلکه همچنین نشان می‌دهد که رویکرد مراجع محوری کاملاً نزدیك به رویکرد درمانی ایده‌آل می‌باشد. این تلقی را هشتادوسه داور انجام دادند که فقط بیست‌وسه تن از آنها خود را، مراجع محور به شمار آوردند.

ارزیابی

وینستون چرچیل یك بار دربارهٔ دموکراسی آمریکا گفت: «این بدترین شکل حکومت در جهان است اما تنها شکل عملی آن است که مؤثر می‌باشد.» قضاوتی که می‌توان از اظهارنظر تعدادی از مشاورانی که ظاهراً رویکرد مراجع محوری را به کار می‌برند و یا مدعی آن هستند به دست می‌آید این است که به نظر می‌رسد عبارت بالا ارزیابی مناسبی از نگرش حاکم بر مشاوران درباره رویکرد راجرزی باشد. کارخوف و برنسون[1] (۱۹۶۷) دریافتند که مطالب خوب و بد دربارهٔ درمان مراجع محوری وجود دارد. رویکرد مراجع محوری به مراجع بازخورد فوری و دقیق دربارهٔ آنچه که گفته است ارائه می‌کند و به او فرصت می‌دهد تجربیاتی که قبلاً انکار کرده بود درابیان دارد و همچنین امکان می‌دهد تا خود شیوهٔ بیانش را پیدا کند. بعلاوه این رویکرد مسئولیتهای درمانگر را در محدوده‌ای تعریف می‌کند که این محدوده هم برای مراجع و هم درمانگر امن و مطمئن است و درمانگر را قادر می‌سازد تا رابطهٔ ویژه و شخصی با مراجع داشته باشد از سوی دیگر رویکرد مراجع محوری شرایط واقعی زندگی برای کارکردن را از مراجع می‌گیرد و درمانگر را از اینکه بتواند تعهدات خود را از طریق شیوه‌های رهنمودی به مرحله عمل درآورد، محروم می‌سازد.

1. Berenson

گرومون (۱۹۷۹) به این حقیقت اشاره می کند که روش مراجع محوری نمی تواند آثار شرایط قبل از درمان را و همچنین وقایع بیرونی همزمان با درمان را بر رفتار مراجع مشخص کند. شیوه کار مراجع محوری بر دریافت ذهنی مراجع از واقعیت استوار است تا خود واقعیت. نقطه ضعف دیگری که به وسیله گرومون اشاره شده این است که بسیاری از ساختارهایی که توسط راجرز به کار رفته به طور مصنوعی جذاب هستند و اگر اجرای آن غیر ممکن نباشد لااقل مشکل است (مانند گرایش به خود شکوفایی، فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی).

این نقطه ضعف ممکن است باعث تفسیر غلط کار، توسط یك مشاور ساده و یا بی احتیاط باشد. مشاوره مراجع محوری متضمن چیزی فراتر از فقط گوش دادن فعال و انعکاس احساسات است. اگر مشاور، نگرشهای مهمی را که زیربنای رویکرد راجرزی است جذب نکرده باشد، در واقع او براستی نمی تواند به مشاوره مراجع محوری بپردازد.

من به طور کلی با این انتقادات موافق هستم اما مخالفت عمده من این است که اگر این روش آنگونه که باید خوب انجام شود، اولاً انجام آن خیلی طول می کشد و ثانیاً شرایط غیر رهنمودی پیش از درمان، قدرت مشاور را برای به کارگیری برخی روشها و تکنیك‌های مؤثر از وی می گیرد. من همچنین عقیده دارم که توجه مثبت بی‌قید و شرط و بی‌انتها همیشه به نفع مراجع نیست. من دریافته‌ام که اغلب اوقات (نه همیشه) فقط اغلب اوقات می توانم به مراجع از طریق احترام مشروط به او در مراحل بعدی درمان کمك مؤثرتر و کارآمدتری بکنم. معنی احترام مشروط همیشه به این معنی است که «من رفتار شما را در سطحی پایین‌تر از آنچه که قبلاً نشان دادید که می توانید آن رفتار را انجام داده و ارائه دهید، قبول نمی کنم.»

بنابراین به طور خلاصه و به نظر من دیدگاه مراجع محوری در مورد ماهیت بشر، رشد شخصیت و رشد رفتار ناسازگار روشن و واقعی است. به عقیده من رویکرد غیر رهنمودی با مختصر تغییراتی در مراحل اولیه درمان مؤثر می‌افتد. اما به هر حال من با زبان نامعلوم این روش کمی مشکل دارم اما بیشتر از همه احساس می کنم که در سرتاسر درمان به وسیله توجه مثبت بی‌قید و شرط اجباری و روش غیر رهنمودی، گیر می‌افتم.

وضعیت کنونی

ویژگی تفکرات اخیر راجرز این است که او از درمان مراجع محوری به رویکرد فردمحوری که چیزی بسیار فراتر از درمان است، تغییر جهت می‌دهد. این تغییر جهت کوششی است، برای تأکید بر حالت وجودی به صورت صریح‌تر: فرد واحد اصلی تمام تعاملات است نه فقط به عنوان اینکه عهده‌دار نقشها است (مراجع، دانشجو، مشاور) بلکه به‌عنوان یك شخص یك موجود همانگونه که من هستم. این روش همچنین توجه را به سمت این واقعیت جلب می کند که جامعه تودهٔ بی‌شکلی از بشریت نیست، بلکه مجموعه‌ای از افراد بی‌نظیر است. بعبارت دیگر جامعه چیزی جدا از افرادی که آن را تشکیل می‌دهند نیست. اگر چه این تعریف منعکس کنندهٔ دیدگاهی وسیع‌تر از جمعیت است اما به نظر من از اصول درمان مراجع محوری که در چهار دههٔ پیش طرح شد، دور نشده است.

فصل دهم

رشد منابع انسانی[1]

از وقتی که تصمیم گرفته شد که این کتاب بر اساس یادداشتهای کلاسی نوشته شود، من به دو دلیل علاقمند شدم این فصل را نیز در کتاب بگنجانم. باب کارخوف[2] فقط یك نام نیست بلکه او کسی بیش از یك آشنای حرفه‌ای است. در واقع او یك دوست است. حتی بیش از آن، من به رشد منابع انسانی (الگوی HRD) او اعتقاد دارم. از طرف دیگر من هرگز قصد نداشته‌ام که به عنوان دورنمای رفتار انسان این متن کاملاً بی طرفانه و از لحاظ بالینی عاری از هر اشتباهی باشد. البته فکر می کنم که شما حق دارید که علت این تعصبات مرا در مورد باب کارخوف بدانید اما لازم نیست که شما نیز معتقد به آن باشید.

کارخوف در چند جا «ایمان به انسانگرایی ستیزه گر و جنگ طلب» را بیان کرده است. (برنسون[3] ۱۹۷۵، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶) اما در هیچ کجا این مطلب را کمتر از این پاراگراف توضیح نداده است.

---

1. Human Resource Development (HRD)
2. Bob Carkhuff
3. Berenson

پرورش انسان ترکیبی است از تعهد، انضباط، مهارتها و راهبردها. غالباً پرورش انسان به سخت کوشی و کسب مهارتها بستگی دارد. تعهد باید رشد کند تا فرد از نظر فیزیکی، هیجانی و عقلانی پیشرفت نماید. انضباط فرد را قادر می‌سازد تا آنچه که باید انجام شود را بدون اینکه زیاده‌روی نماید انجام دهد. مهارتها مجموعه‌ای از پاسخهای لازم را فراهم می‌کند تا بدان وسیله فرد بتواند به طور مؤثری زندگی کند، بیاموزد و به طور مؤثر کار کند. استراتژی‌های منظم، وسایل حصول به اهداف فیزیکی و عقلانی را میسر می‌سازد.

(کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحات ۵-۴)

تحول تاریخی

زمینه شخصی

رابرت کارخوف در سال ۱۹۳۴ در یك خانواده متوسط در لیندن[1]، نیوجرسی[2] به دنیا آمد. او در سال ۱۹۵۶ مدرك کارشناسی خود را در رشته علوم سیاسی از دانشگاه راتگرز[3] اخذ کرد. سه سال در ارتش خدمت کرد و سپس دکترای خود را در روان‌شناسی از دانشگاه ایالتی نیویورك در بوفالو[4] در سال ۱۹۶۳ دریافت نمود. پس از فارغ‌التحصیلی او عهده‌دار پستی در دانشگاه کنتاکی[5] به عنوان معاون واحد تحقیقات روان‌درمانی شد و همزمان در تحقیقات وسیع اسکیزوفرنیك[6] کارل راجرز[7] (۱۹۶۷) شرکت جست. در خلال هشت سال بعد، ابتدا به دانشگاه ماساچوست[8] و سپس به دانشگاه ایالتی نیویورك در بوفالو رفت و بالاخره از آنجا به کالج بین‌المللی آمریکا در اسپرینگ فیلد[9] ماساچوست

1. Linden
2. New - jersey
3. Rutgers
4. State University of New york at Buffalo
5. Kentucky
6. schizophrenics
7. Carl Rogers
8. Massachusetts
9. Spring field

منتقل شد. او در سال ۱۹۷۰ مؤسسه مشاوره خصوصی کارخوف وهمکاران و همچنین مجله رشد منابع انسانی را تأسیس نمود. کمی پس از آن، مؤسسه کارخوف برای تکنولوژی انسانی را بنیانگذاری کرد. او سپس به مشارکت خود در کارهای آکادمیك پایان داد و اخیراً نیز مؤسسه تکنولوژی انسانی خود را توسعه داده است که هدف آن ارائه خدمات به دولتها وصنایع بخش خصوصی در جهت رشد و اجرای آموزش‌های سازمانی ونظامهای بهره‌وری است. در فهرست کتابهای منتخب علوم اجتماعی که به وسیله دانشمندان علوم اجتماعی تألیف شده است، او سه کتاب ازصد کتاب این فهرست را نوشته است. آن سه کتاب عبارتند از: **به سوی مشاوره مؤثر** (با همکاری تروآکس[1] ۱۹۶۷)، **کمك و روابط انسانی جلد اول و دوم** که در سال ۱۹۶۹ منتشر گردیده است. (کارخوف ۱۹۸۲)

زمینه نظری

در اوایل دهه ۱۹۶۰ حرفه‌های یاری کننده با این چالش روبرو شدند که مشاوره و روان‌درمانی تغییرات قابل توجهی را در زندگی بیماران به وجود نمی آورد. (لویت[2] ۱۹۶۳، لویس[3] ۱۹۶۵) آیزینك[4] دریافت که دوسوم بیمارانش بدون توجه به اینکه آیا توسط روان درمانگرهای حرفه‌ای در بیمارستان روان‌درمانی تحت درمان قرار گرفته یا نگرفته باشند، به مدت یك سال بیرون از بیمارستان زندگی کردند بنابراین او نتیجه گرفت که روان‌درمانی مؤثر نیست زیرا ۶۷٪ از بیماران خودبخود بهبود یافته‌اند.

لااقل دو نوع خطای روش‌شناختی دراین طرز فکر وجود دارد. خطای اول این واقعیت است که وقتی می گوییم این بیماران هیچ نوع کمك حرفه‌ای را دریافت نکرده‌اند، بدان معنی نیست که آنها هیچ نوع کمکی دریافت نکرده‌اند (مثلاً کارمندان بخش، پرستاران، بازدیدکنندگان و یا حتی دیگر بیماران می توانستند بخشی از تجارب درمانی خود را به بیمار منتقل نمایند.) دوم اینکه آیزینك تغییر در بیمارانی که معالجه شده بودند در مقایسه با آنها

1. Truax
2. Levitt
3. Lewis
4. Eysenck

که معالجه نشده بودند، را در نظر نگرفت. چند گروه از محققان در اواخر دهه شصت، خطای نوع دوم را مورد مطالعه قرار دادند. (راجرز، جندلین[1]، کیسلر[2]، تروآکس ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷) آنها دریافتند که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در نتایج به دست آمده میان بیمارانی که به صورت حرفه‌ای درمان شدند با کسانی که درمان نشدند، وجود دارد. این مطالعه دو نتیجه را به دست می‌دهد: اول اینکه روان‌درمانی در نتیجه کار تفاوت ایجاد می کند و این تفاوت هم در جهت مثبت و هم در جهت منفی است. بعبارت دیگر برخی از بیمارانی که به صورت حرفه‌ای درمان شده‌اند به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود یافته‌اند در حالی که بعضی دیگر بدتر شده‌اند.

تحقیقات اخیر نکات جدیدی از تأثیرات مشاوره و روان‌درمانی را آشکار می‌سازد. آنتونی[3] و همکارانش دریافتند که در خلال سه تا پنج سال درمان حدود ۶۵ تا ۷۵ درصد از بیماران قبلی‌اش دوباره برای معالجات بیشتر مراجعه می کنند و کار سودمند بیماران سابقش نیز زیر ۲۵ درصد است. (آنتونی، بول[4]، شارت[5]، آلتوف[6] ۱۹۷۲، آنتونی، کوهن[7]، ویتالو[8] ۱۹۷۸). معنای آخر این مطلب این است که مشاوره و روان‌درمانی سنتی دارای میزان ثابتی از موفقیت معادل ۲۰ درصد می‌باشد. از دوسوم بیمارانی که در ابتدا بهتر شده بودند فقط یک‌سوم تا یک چهارم آنها برای همیشه بهبودی یافتند.

علاوه بر درصد پایین و هشداردهنده موفقیت مشاوره و روان‌درمانی، نتیجه تحقیقاتی که در بالا بدان اشاره کردیم نیز دو مطلب را نشان داد یکی اینکه کمک کردن ممکن است موجب بهبودی یا بدتر شدن وضع یاری شونده گردد، دیگر اینکه این تأثیرات (یا لااقل بخشی از آن) ممکن است به خاطر کارکرد درمانگر بر برخی از ابعاد هیجانی و روابط

1. Gendlin
2. Kiesler
3. Anthony
4. Buell
5. Sharrett
6. Althoff
7. Cohen
8. Vitalo

میان‌فردی (اجتماعی) باشد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، راجرز ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷) به این معنی که مراجعانی که کارکرد درمانگران آنها در خصوص این ابعاد در سطح نسبتاً بالایی قرار داشت، تغییرات مثبتی را از خود نشان دادند. درحالی که مراجعانی که کارکرد درمانگران آنها در خصوص این ابعاد در سطوح پایینی قرار داشت یا تغییری را از خود نشان ندادند و یا تغییر در جهت بدتر شدن بوده است.

ابعادی از درمانگر که در بالا مورد تحقیق قرار گرفت عبارت بود از همدلی[1]، توجه بی‌قید و شرط[2] و همخوانی[3] (راجرز ۱۹۶۷). بعدها این ابعاد اصلاح شد و گرمی[4] غیرانحصاری (بجای توجه بی‌قید و شرط) و خلوص[5] (بجای همخوانی) مورد تأکید قرار گرفت. اما این ابعاد به طور اصولی به همان صورت باقی ماندند. در همان زمان تعداد مهارتهای یاری‌دهنده (درمانگر) افزایش یافت و به مواردی از جمله خودافشایی[6]، عینی و محسوس‌بودن[7]، مواجهه[8] و بیان فوری[9] را شامل شد. این ابعاد جدید به عنوان نخستین گامهای دور شدن کارخوف از راجرز و آغاز ایجاد یك الگوی منظم از مهارتهای یاری کننده تلقی می‌شود. (کارخوف واژهٔ یاری کننده را به واژه درمانگر یا مشاور ترجیح می‌دهد زیرا آن واژه بر این واقعیت تأکید دارد که مهارتهای کمك کردن مخصوص همه اقشار مردم است و نه فقط حرفه‌ای‌ها).

سپس هریك از مهارتهای یاری کننده به صورت عملی تعریف شد و درخلال این فرایند معلوم شد که همدلی دقیق روش اصلی و مهم برای انتقال احترام است و خودافشایی فرع برخلوص است. وقتی که مهارتهای باقی‌مانده یاری کننده مورد تجزیه و

1. empathy
2. unconditional regard
3. congruence
4. nonpossessive warmth
5. genuineness
6. self - disclosure
7. concre teness
8. confrontation
9. immediacy of expression

تحلیل قرار گرفت، دو عامل خود را نشان دادند: اول پاسخدهی[1] (دربرگیرنده همدلی دقیق و احترام) و دوم ابتکار (دربرگیرنده مواجهه و فوریت). خلوص، عینی و محسوس بودن هرکدام دو عامل فوق یعنی پاسخدهی و ابتکار را دربرمی گیرند. (به عنوان مثال: تحت عنوان پاسخدهی. عینی و محسوس بودن تشخیص دقیق چارچوب مرجع یاری‌شونده را انجام می‌دهد. و تحت عنوان ابتکار، خصوصیات و مشخصات راه و مسیر تعیین می‌شود.)، (واژه «یاری‌شونده» جایگزین واژه «مراجع» یا «بیمار» شده است.) بالاخره کاربرد این روش نشان داد که برنامه باید به گونه‌ای طراحی شود که یاری‌شونده در این فرایند درگیر گردد (مهارتهای توجه) و ضمناً پلی باشد میان حالت پاسخدهی به حالت ابتکار. آخرین مرحله رشد مهارتهای یاری کننده شامل پالایش و تصفیه مهارتهای ابتکاری است. بخصوص آن دسته از مهارتهایی که در تصمیم‌گیری و در توسعه برنامه مؤثر می‌باشند.

مطالعاتی به منظور تشخیص اثربخشی مهارتهای یاری کننده بر نتیجه کار یاری‌شونده صورت گرفته است. (آسپی[2]، ۱۹۶۹ پیرس[3] و دراسگو[4]، ۱۹۶۹ شیلینگ[5]، ۱۹۷۰ و ۱۹۷۶) نتایج یکی از این مطالعات این بوده است که «تغییر درمانی شخصیت» راجرز (۱۹۵۷) جای خود را به «رشد منابع انسانی (HRD)» به عنوان یك نتیجهٔ مطلوب داده است. پس از آن رشد منابع انسانی درچارچوب کمی و کیفی مهارتها در فهرست پاسخهای یاری‌شونده به عمل و اجرا گذاشته شد. از آنجا که رفتار انسان دربرگیرنده عمل کردن، احساس کردن و فکر کردن است، لذا رشد و توسعه منابع انسانی باید لزوماً شامل کارکرد فیزیکی، هیجانی (میان فردی) و عقلانی باشد.

مطالعه مهارتهای یاری کننده و حاصل کار یاری‌شونده، کمك کرد تا علت و معلول کمك و یاری کردن تعریف شود. قدم بعدی این بود که این فرایند مورد مطالعه قرار گیرد.

---

1. responsiveness
2. Aspy
3. Pierce
4. Drasgow
5. Shilling

کار همه نظریه‌پردازان بزرگ از فروید گرفته تا راجرز و همچنین تجارب بالینی در مشاوره و روان درمانی نشان داد که مرحله اول فرایند یاری رساندن باید با کشف اساس رابطه شخصی با یاری‌شونده صورت گیرد. از طریق یك سری مطالعات (پیرس، کارخوف و برنسون ۱۹۶۷) که در آن سطح کارکرد یاری کننده به طور آزمایشی دستکاری شد، معلوم گردید که میزان خودکاوی یاری‌شونده تا حدودی تابع مهارتهای پاسخدهی یاری کننده است. بعبارت دیگر فرایند یاری رساندن با حضور یاری کننده شروع شد، و خودکاوی از طریق پاسخدهی یاری کننده تسهیل می گردد.

نقطه پایان یاری‌رساندن، دگرگونی قابل رؤیت در رفتار یاری‌شونده است. در اصطلاحات رشد منابع انسانی (HRD) این مطلب به معنی یك تغییر قابل رؤیت و یا دستیابی به یك کارکرد فیزیکی، هیجانی و یا عقلانی است. بعبارت دیگر یاری‌شونده باید تغییر را از طریق اعمال قابل مشاهده خود به نمایش بگذارد. اما به هرحال پژوهش و کار بالینی نشان داده است که کاوش (کاوش وسیع و حتی کامل) به تنهایی برای سوق دادن یاری‌شونده به سوی عمل کافی نیست. دو عنصر دیگر نیزمورد نیاز است: درك یاری‌شونده ومهارت یاری کننده. یاری‌شونده نه تنها باید بداند که در کجای دنیایش قرار دارد، بلکه باید ارتباط جایی را که در آن قرار دارد نسبت به جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد در آنجا باشد را بداند. بسیاری از یاری‌شوندگان حتی پس از آنکه به طور کامل نقاط قوت و ضعف خود را دریافتند، نمی توانند یکی را حذف و بقیه را تقویت کنند. زیرا مهارت آن کار را ندارند. وظیفه نهایی یاری کننده در فرایند کمك‌رسانی این است که مهارتهای لازم را به فرد بدهد.

خلاصه

نتیجه و حاصل کار در چارچوب رشد منابع انسانی به صورت زیر تعریف می‌شود: افزایش سطح کارکرد یاری‌شونده در زمینه‌های جسمانی، هیجانی، میان فردی و عقلانی. این نتایج عمدتاً تابع مهارتهای یاری کننده در حضور، پاسخدهی، شخصی‌سازی و ابتکار است. فرایندی که بدان وسیله یاری‌شونده از طریق کاوش و درك رشد می کند و به سوی عمل رهنمون می‌شود.

نظریه شخصیت

تعریف واژه‌ها

آگاهی دادن(informing) اولین قدم برای درگیر نمودن یاری‌شونده در فرایند یاری‌رساندن است. برای اینکه بداند چه کسی را ببیند، چه وقت و کجا ملاقات صورت گیرد، چگونه به آنجا برود و هدف کلی مصاحبه چه خواهد بود؟

ابتکار(initiative) یعنی یاری کننده تجربه یاری‌شونده را مورد توجه قرار دهد تا تجربه خودش را از یاری‌شونده افزایش داده، ارتباط و پیوستگی با او داشته باشد و اهداف و گامهای عملی برای کمك به یاری‌شونده را تعیین کند تا او از آنجایی که هست به جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد باشد، برود.

اثر بخشی(effectiveness) ومؤثر بودن در هر کاری بستگی به افراد مؤثر دارد که از برنامه‌های مؤثر در یك سازمان مؤثر استفاده می کنند.

احترام(respect) یا توجه مثبت در فرایندهای میان فردی یعنی انتقال احترام و توجه مثبت به احساسات، تجربیات و استعدادهای یاری‌شونده.

افراد مؤثر(effective people) براساس کمیت و کیفیت پاسخهایی که در فهرست مهارتهای میان فردی دارند، عمل می کنند.

بدنسازی(physical fitness) شامل انرژی و منابع جسمانی برای بهتر کار کردن ازنظر جسمانی، هیجانی و عقلانی است. این کار اساساً به‌وسیله اندازه گیری توان و قدرت قلب صورت می گیرد و بعد به‌وسیله انعطاف‌پذیری و قدرت پویا اندازه گیری می‌شود. البته بدنسازی به معنی توانایی ورزشکار بودن نیست.

برنامه‌های مؤثر (effective programs) روشهای منظم برای عملی کردن اهداف و رشد برنامه‌های گام به گام جهت دستیابی به این اهداف را پیشنهاد می کند.

پاسخ دادن(responding) مهارت یاری کننده است شامل پاسخهایی کلامی و غیر کلامی یاری کننده به محتوا، احساسات و معانی بیان یاری‌شونده از تجربه خودش.

پاسخ قابل مبادله (interchangeable respose) همان پاسخ یاری کننده به یاری‌شونده است. یعنی یاری کننده احساسات و دلیل آن احساسات را آنگونه که به‌وسیله یاری‌شونده

بیان می‌شود به خود او انتقال دهد. این کار معمولاً به این صورت انجام می گیرد «تو احساس می کنی... زیرا...»

پاسخ دهی (responsiveness) هر پاسخ به تجربه یاری‌شونده تأکید دارد. این پاسخ در سطحی است که در آن یاری‌شونده تجربه خود را بیان می کند. پاسخدهی به طور کامل به تجربه یاری‌شونده و مهارتهای یاری کننده برای تمییز دادن آن و انتقال دقیق درك خود از تجربه تأکید دارد.

تشویق کردن (encouraging) گام بعدی برای درگیر کردن یاری‌شونده در فرایند یاری کردن است. یعنی برای درگیر شدن یك استدلال شخصی به یاری‌شونده بدهیم.

حالت و طرز نشستن (positioning) مجموعه‌ای از مهارتهای حضور فیزیکی در جلسه درمان است شامل سطح، زاویه، ارتباط چشمی.

حضور (attending) در برگیرنده یك عمل فیزیولوژیکی است که از سوی یاری کننده صورت می گیرد و بدان وسیله او را قادر می‌سازد تا در فرایند یاری‌رساندن درگیر شود.

خزانه پاسخ (response repertoire) یعنی مجموعه‌ای از پاسخهای کلامی و غیر کلامی به تجربه جاری اوست، که ممکن است شامل پاسخ کلامی به فرد و یا پاسخ عملی به یك موقعیت باشد.

خلوص (genuineness) در فرایندهای میان فردی، خلوص تسهیل کننده به معنای این است که میان آنچه یاری کننده در مورد احساسش می گوید و آنچه علایم و شواهد نشان می‌دهد، تفاوتی وجود نداشته باشد.

خودافشایی (self-disclosure) آشکار کردن خود، افشای یاری کننده از جزئیات شخصی است. به گونه‌ای که کاوش خود (خودکاوی) و درك از خود را تسهیل می کند.

خودشکوفا (actualizer) اینها کسانی هستند که دارای ویژگی‌های زیر می‌باشند. انرژی بالای جسمانی، تعهدات عاطفی نسبت به مأموریتی که مربوط به دیگران است. ارتباطات میان فردی که دربرگیرنده مأموریت دیگران می‌شود، مهارتهای ذاتی خاص که منجر به مهارتهای تخصصی می‌شود، مهارتهای یادگیری برای پردازش مؤثر داده‌ها و مهارتهای تدریس برای انتقال اطلاعات پردازش شده.

درك(undrestanding) از خود در فرایندهای میان فردی به معنی توانایی یاری شونده برای کاوش و جستجو در مورد وضعیت کنونی(جایی که هست) و وضعیت دلخواه (جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد که باشد).

رشد منابع انسانی (human resource development) رشد یا تحقق بخشیدن به توان بالقوه انسان است و منظور، رشد کارکرد فیزیولوژیك، هیجانی، میان فردی و عقلانی یاری کننده و یاری شونده می‌باشد.

رشد و توسعه برنامه(program development) در مفهوم وسیع آن شامل:

الف. سنجیدن یا کاوش کردن جایی که هستید یا وضعیت کنونی.

ب. تعریف عملی از جایی که می‌خواهید باشید یا وضعیت دلخواه.

ج. تعریف عملی از گامهایی که شما باید برای رسیدن به وضعیتی که مایلید به آنجا برسید (وضعیت دلخواه) بردارید.

رشد و توسعه برنامه همان مرحله ج است، یعنی طراحی و اجرای گامها برای دستیابی به هدفی که به صورت عملی تعریف شده است.

سازمان مؤثر(effective organization) به معنی ارتباط افراد مؤثر با برنامه‌های مؤثر است. کار یك سازمان مؤثر این است که افراد مؤثر را برای نقشهای رهبری انتخاب کند و آنها را با برنامه‌هایی مجهز نماید، برنامه‌هایی که نه تنها نحوهٔ اداره کار را مشخص می‌کند، بلکه رهبری مؤثر را نیز در کار به وجود آورد.

سلسله مراتب ارزشی(valve hierarchy) یك فرد عبارت است از درجه‌بندی ارزشهای شخصی فرد که دارای تأثیر مستقیم بر گزینه‌های او برای انتخاب یك شیوه عمل است.

شخصی سازی(personalizing) از جمله مهارتهای یاری کننده است که بدان وسیله سعی دارد به یاری شونده کمك کند تا او رابطهٔ بین جایی که هست (وضعیت موجود) را نسبت به جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد باشد (وضعیت دلخواه)، بفهمد. این کار شامل بنیانگذاری مبنا یا زمینه پاسخهای قابل مبادله است قبل از اینکه معنا، مشکل، احساسات و هدف جنبه شخصی یابد.

شخص کامل(whole person) فردی با کارکرد کامل و خودشکوفاست که زندگی او شامل اعمالی است که منابع فیزیکی، هیجانی و فکری را به گونه‌ای یکپارچه می کند که این اعمال منجر به خودقوی تر و خودکفایی و خودشکوفایی می گردد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷). کمال مانند خودشکوفایی ایده‌آلی است که هدف قابل دسترسی در عمل نیست.

عینی و محسوس بودن (concreteness) یا صراحت بیان، در برگیرنده بیان مستقیم، روان و کامل احساسات و تجربیات خاص یاری کننده و یاری شونده است بدون توجه به محتوای هیجانی آنها.

فوریت (immediacy) یعنی درك و تعبیر و تفسیر آنچه در حال حاضر بین شما (یاری کننده) و یاری شونده می گذرد. فوریت شامل پاسخگویی و رفتار مبتکرانه زیاد است یعنی زندگی کردن به طور کامل در هر لحظه به وسیله پاسخگویی به طور کامل به تجربه یاری شونده و ابتکار داشتن به طور کامل براساس تجربه خود (یاری کننده) می‌باشد.

کاوش خود (exploration) (خودکاوی) در فرآیندهای میان فردی شامل معرفی داوطلبانه یاری شونده از طریق بیان مطالب مربوط به خودش می‌باشد، یعنی جایی که او در رابطه با دنیایش و مردم این دنیا قرار دارد.

گامهای تفکر(think steps) از گامهای اجرایی یك برنامه پشتیبانی می کند و بر سه نوع می‌باشد:

الف. گامهای پیش از تفکر، که یاری‌شونده را برای اجرای گامهای عملی آماده می‌سازد.

ب. گامهای در خلال تفکر، به یاری شونده اجازه می‌دهد که پیشرفت خود را دنبال کند در عین حالی که به طور عملی در برداشتن گامهای اجرایی درگیر شده است.

ج. گامهای پس از تفکر، گامهایی است که به یاری شونده امکان می‌دهد که یادگیری خود را مستحکم ساخته و او را مطمئن می‌سازد که گامهای عملی به طور رضایت‌بخشی انجام شده است.

گامهای ثانویه(secondary steps) فاصله بین گامهای نخستین یك برنامه را پر می‌نماید. دومین مرحله رشد و توسعه برنامه، رشد و توسعه گامهای ثانویه است. ویژگی

آن این است که گامهای نخستین رشد یافته را به اهداف کوچکتر تبدیل و سپس گامهای جدید برای این اهداف را طراحی کند. مرحله نهایی فرایند شامل تعیین زمان برای هر گام است.

گامهای نخستین (primary steps)، گامهای اصلی یك برنامه را گامهای نخستین آن برنامه می‌نامند. اولین مرحله رشد و توسعه برنامه، طراحی گامهای نخستین است یعنی شناسایی هدف که پیچیده‌ترین گام در برنامه است،بعد از آن نقطه شروع به عنوان آسانترین گام و بالاخره گامهای میانی در فواصل زمانی مناسب و یا در هنگام حل مشکل.

مقیاس مطلوب (favorability scale) در فرایند تصمیم گیری به کار می‌رود و طرحی منظم است که در ابتدا انواع چیزهایی را که بر روی هر نوع ارزشی اثر مثبت دارند، تعیین می کند. مقیاس مطلوب بر تصمیم گیری اثر می گذارد.

مواجهه (confrontation) یك پاسخ فعال، سنجیده و عینی است که یاری کننده بر اساس اثری که یاری شونده بر او داشته است این بازخورد را ارائه می‌دهد. مواجهه شامل ناهمخوانی‌های زیر است:

الف. ناهمخوانی بین بیان آنچه که یاری‌شونده مایل است بشود و اینکه او در واقع چگونه خود را بیان می‌دارد.

ب. ناهمخوانی بین بیان کلامی یاری شونده از آگاهی او نسبت به خودش و رفتار مشاهده شده یا گزارش شده از او.

ج. تجربیات یاری کننده از بیانات یاری شونده در مورد تجربه‌ای که در مورد خودش داشته است.

مهارتها(skills) قابل مشاهده، قابل اندازه گیری، تکرار کردنی و آموختنی هستند (رفتارها). مهارتها نمایشهای عملی از ابعاد مختلف توان انسانی هستند.

مهارتهای گوش دادن(listening skills) یعنی معوق نگاه داشتن داوری و قضاوت شخصی خودتان است تا بتوانید چارچوب مرجع یاری‌شونده را بشنوید. قدم بعدی این است که یاری کننده باید به نشانه‌هایی از احساسات، سطح انرژی و درجه همخوانی مراجع توجه کند. یاری کننده باید به چه کسی، چه چیزی، کجا، چرا و چگونگی وضعیت یاری شونده گوش دهد.

مهارتهای مشاهده(observing skills) شامل توانایی یاری کننده برای دیدن و درك رفتار غیر کلامی یاری شونده است. یاری کننده باید جنبه‌هایی از ظاهر و رفتار یاری‌شونده را که میزان انرژی، احساس و میزان همخوانی یاری شونده را نشان می‌دهد، مشاهده نماید.

مهارتهای موارد خاص(speciality-area skills) مهارتهایی هستند که برای اجرای مؤثر کارکردهای یادگیری یا کاری شخص لازم است (مانند مهارتهای مطالعه برای دانشجویان و مهارتهای تدریس برای معلمان).

مهارتهای میان فردی(interpersonal skills) یعنی مهارتهای واقعی ارتباط که رابطه بین دو نفر را تسهیل می کند و یکی از آن دو را (یاری کننده) قادر می‌سازد تا در تحقق بخشیدن به توان بالقوه و پتانسیل فرد دیگر (یاری شونده) مشارکت داشته باشد. مهارتهای میان فردی شامل حضور پاسخدهی، شخصی سازی و مهارتهای مبتکرانه است.

همدلی دقیق(accurate empathy)، به نظر می‌رسد که توانایی یاری کننده در ایجاد ارتباط آنهم در سطح بالایی از درك همراه با همدلی بستگی به توانایی او در تجربه کردن یا درهم‌آمیزی با تجربه یاری شونده و انعکاس این تجربه دارد. و این درحالی صورت می گیرد که قضاوتهای شخصی یاری کننده معوق گذاشته شده و اضطراب تحمل می گردد و درك حاصل با یاری شونده در میان گذاشته می‌شود.

یاری کردن(helping) عملی است که تغییرات رفتاری سازنده‌را در فرد تسریع می کند تا بدان وسیله ابعاد مؤثر زندگی فرد توسعه یافته و فرد اجازه یابد کنترل شخصی بیشتری بر فعالیتهای بعدی خود به عمل آورد.

ماهیت انسان

کارخوف معتقد است که ماهیت انسان خزانه وسیعی از توانایی‌های بالقوه نامحدود است که بخش اعظم آن مورد بهره‌برداری قرار نگرفته‌اند: همه انسانها خزانه وسیعی از انرژی دارند که تعداد زیادی از آن مورد بهره‌برداری قرار نمی گیرد. انرژی جسمانی بسیاری از ما در این خزانه بیش از آنچه که استفاده می کنیم است، اما ما بدون اینکه ورزش کنیم؛ استراحت کافی داشته باشیم و یا رژیم غذایی مناسبی را برگزینیم اجازه می‌دهیم که بدنمان ضعیف شود، توان هیجانی همه ما نه تنها برای لذت بردن اززندگی خودمان کافی

است، بلکه می‌توانیم برادرها و خواهرهایمان را نیز در این شادی سهیم نماییم. علیرغم همه اینها ما در لاك خود می‌خزیم و احساساتمان را در پشت سرمان می‌کشیم. توان ذهنی همه ما برای درك چیزها خیلی بیش از آنچه که فکر می‌کنیم است، اما از یادگیری‌های جدید می‌ترسیم و آنچه را که به معلمان خود می‌گوییم این است که «چیزی را که نمی‌دانم به من نیاموز» ما از نظر ذهنی خیلی غنی هستیم اما بسیاری از ما با این همه نکات قوت می‌میریم - قبل از اینکه واقعاً بمیریم.

این دیدگاه هم خوش‌بینانه است و هم بدبینانه: خوش‌بینانه از این لحاظ که نسبت به توان بشری خوش‌بین است و بدبینانه از این لحاظ که به شکوفایی این توان بدبین است. بدبینی تنها به این دلیل نیست که توان بشری نمی‌تواند شکوفا شود، بلکه در واقع این توان می‌تواند شکوفا شود، اما نمی‌شود. بسیاری از یاری‌دهندگان حرفه‌ای به انسانها نمی‌آموزند که چگونه توان بالقوه خود را شکوفا سازند.

دیدگاه کارخوف از ماهیت انسان طعم و بوی دیدگاه آدلر را دارد، احساس علاقه اجتماعی: «رشد منابع انسانی به معنای رشد خودمان و دیگران است. ما نمی‌توانیم منابع خود را کاملاً رشد و توسعه دهیم درحالی که درگیر رشد منابع دیگران نباشیم. رشد منابع انسانی فرایندی همزمان و دوجانبه بین یاری کننده و یاری‌شونده است.» (کارخوف ۱۹۸۱، صفحه ۱۴۹)

کارخوف به ماهیت انسان به عنوان فرایندی پویا نگاه می‌کند و نه وجودی ایستا. او شیفتهٔ فنون روان‌شناسی وجودی[1] نیست. او با دیدگاه خودش (HRD) احساس راحتی می‌کند: زندگی رشد است. تنها دلیل ما برای زندگی کردن رشد است. رشد به فرد آنچنان وسعت می‌بخشد که او را همراه با دنیا می‌کند.

ساختار شخصیت

HRD یا رشد منابع انسانی اعتقاد به نظریه ساختار شخصیت ندارد. اینچنین نظریه‌ای و ساختار به‌وجود آمدهٔ آن (نهاد، خود و...) بسیار ایستا می‌باشند. وقتی که

1. existential psychology

کارخوف در مورد ساختار روانکاوی می‌نوشت، این کار را با علاقه انجام نمی‌داد. «ناهوشیار برای کسانی که از منابع خود سوءاستفاده می‌کنند و خود را گول می‌زنند و از دیگران هم می‌خواهند که همین کار را بکنند. جزء اصلی روانی به حساب می‌آید.» (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحه ۱۰۵). او ساختار خاصی را برای توان بشری قائل بود: از آنجا که ما به‌صورت عملی به شکل اعمال، احساسات و افکار تعریف می‌شویم لذا ما هم به‌وسیله این ساختار محدود می‌شویم و هم آزاد و رها ـ ما نمی‌توانیم به خارج از این ساختار برویم اما در داخل همین ساختار نیز افقهای ما نامحدود است.

رشد شخصیت

کارخوف معتقد است که هماهنگ با این دیدگاه از شخصیت، یعنی توان فرد برای کارکرد مؤثر به صورت جسمانی، هیجانی و عقلانی، رشد شخصیت نیز در رابطه با رشد منابع جسمانی، هیجانی و عقلانی مطرح می‌شود. بعلاوه او به طور مداوم به فرایند پویا و پیوسته رشد توجه می‌کند و نه به نتیجه ایستای این فرایند. بنابراین او از نظریه‌ای سنتی که رشد را به صورت یك سری مراحل معین و مشخص ترسیم می‌کند اجتناب می‌ورزد. از آنجایی که این رویکرد به نفع انسان نمی‌تواند تعبیر و تفسیر شود لذا او به پژوهشها توجه می‌کند تا علت و معلول رشد جسمانی، هیجانی و عقلانی را کشف و توضیح دهد.

رشد جسمانی در حال حاضر سه نوع پژوهش در رابطه با رشد جسمانی وجود دارد:

الف. تغییر کارکردهای مستقل از طریق تکنیك‌های شرطی‌سازی (مانند بیوفیدبك)[1].

ب. اثر محرك حسی بر رشد جسمانی (مانند تجربیات محرومیت حسی).

ج. اثر استرس محیطی بر کارکرد جسمانی (مانند جاذبه‌صفر). این گونه مطالعات آگاهی ما را از رشد جسمانی افزایش می‌دهد. در نتیجه این نوع یادگیری‌های جدید، برنامه‌های رشد جسمانی آینده با اضافه نمودن تمرینهای بدنسازی آغاز می‌شود تا کارکردهای جسمانی را

1. biofeedback

به‌منظور به‌دست آوردن کنترل شناختی از سلامتی تغییر دهد. (کارخوف ۱۹۸۱)

رشد هیجانی در فرمولهای اصلی (کارخوف ۱۹۶۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶ و ۱۹۷۷) کارخوف واژه هیجانی را برای تعاملات میان فردی و مهارتهای مربوط به تعاملات میان فردی به کار برده است. اخیراً او معنای این واژه را کمی تغییر داد و آن را شامل عوامل درون فردی نیز نمود ـ او واژهٔ برانگیزنده[1] را به جای انگیزش[2] اختراع کرد. عامل درون فردی شامل ایجاد رسالتی خارج از فرد می‌باشد. توجیهی برای عدالت در مورد بخشی از جمعیت مانند جمعیت زنان، اقلیت‌ها و کودکان (کارخوف ۱۹۸۱). عامل میان فردی (اجتماعی) شامل متعهد کردن خود به رسالت یك نفر دیگر لفظ به کار برده شده به معنی این است که کسی که عامل درون فردی را دارد «به فرد دیگر ماهی می‌دهد» در حالی که کسی که عامل میان فردی را دارد «به فرد دیگر مهارتهای ماهیگیری را می‌آموزد». انسان کاملاً خودشکوفا از هر دوی اینها استفاده می‌کند.

اما چگونه یك نفر می‌تواند از هر دوی اینها استفاده کند؟ چگونه این عوامل هیجانی ـ برانگیزنده رشد می‌یابند؟ این کار تنها از طریق تماس مداوم و پیوسته با مردمی است که کارکرد آنها در رابطه با این عوامل در سطح بالایی قرار دارد. کارخوف در مورد آموزش مهارتهای میان فردی می‌نویسد که (کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶) او منحصراً به آموزش یاری کنندگان حرفه‌ای یا غیر حرفه‌ای جهت کار در موقعیت‌های حرفه‌ای اهمیت می‌دهد. به هر حال اگر وسیع‌تر فکر کنیم می‌بینیم که کارخوب از خانه شروع می‌شود: والدینی که در سطوح بالایی کار می‌کنند، احتمالاً کودکانی خواهند داشت که کارکرد آنها نیز در سطوح بالایی خواهد بود (به نسبت کودکانی که کارکرد والدین آنها در سطوح پایینی از این عوامل قرار دارد). چنانچه این کودکان «سطح بالا» در خارج از خانه با بزرگسالان خودشکوفا برخورد داشته و اینچنین انسانهایی را ملاقات کنند آنوقت شانس آنها برای اینکه خودشکوفا شوند بشدت افزایش می‌یابد.

1. emotivation
2. motivation

رشد عقلانی به عقیده کارخوف «تاکنون هیچ نوع ترتیب شناختی رشد که مورد قبول همگان نیز باشد وجود ندارد.» (۱۹۸۱، صفحه ۲۴) اما او سپس نظریه‌های پیاژه[1]، دیویی[2]، گگن[3]، بلوم[4] و گیلفورد[5] را به عنوان نظریه‌هایی که در عملی ساختن رشد شناختی کمك کرده‌اند خلاصه می‌نماید. بعدها در خلال همان کار (صفحات ۹۱-۸۳) زمانی که در مورد ابعاد عقلانی افراد خودشکوفا می‌نویسد، سه بعد را در مورد این افرادشناسایی می‌کند. اولین بعد تخصص محتوایی است یعنی درجه‌ای که فرد مهارتها و دانش موردنیاز برای کارکرد مؤثر را در دنیای خود کسب می‌کند. مطلب دوم مهارتها و فرایندهای فرد است یعنی بتواند در هر نوع موقعیت یادگیری، وسایل مؤثر از قبیل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تعبیر و تفسیر اطلاعات را به کار گیرد. سومین بعد عقلانی به مهارتهای آموزش و ارتباط فرد مربوط می‌شود یعنی کمك کردن به دیگران که براساس درك، شیوه عمل را به وجود آورد. به نظر می‌رسد که رشد عقلانی تنها در چارچوب تماس و برخورد با انسان خودشکوفا می‌تواند تحقق یابد.

رشد رفتار ناسازگار

همه رفتارها آموخته شده‌اند: چه رفتارهای سازگار و چه رفتارهای ناسازگار، در جهت بهتر یا بدترشدن، کارکرد کمیت و کیفیت مهارتهای آموخته شده است که در جای خود و به نوبهٔ خود کارکرد کیفیت تجربه یادگیری است.

همه یادگیری‌ها با چارچوب مرجع آموزش‌دهنده شروع می‌شوند. اگر یاری‌دهنده (والدین، معلم، مشاور، همسر) مهارتهای لازم برای تسهیل کاوش اولیه را نداشته باشند، آنوقت یادگیری هم صورت نخواهد گرفت. یادگیری زمانی به اوج خود می‌رسد که در یك مهارت عینی تجلی پیدا کند مهارتی که به درد دنیای یادگیرنده بخورد. اگر یاری‌دهنده و مهارتهای لازم را در خصوص شناسایی نقاط قوت و ضعف یاری‌شونده و مهارتهای موردنیاز

1. Piaget
2. Dewey
3. Gagne
4. Bloom
5. Guilford

و ایجاد برنامه‌هایی جهت حصول به این مهارتها را نداشته باشد، هر نوع بینشی که در کاوش به دست آید، ممکن است در دریای بیهودگی و بی‌فایدگی گم شود.

هرچند که کارکرد یاری‌دهنده در سطوح بالایی از مهارتهای میان فردی باشد ولی اگر او مهارتهای محتوایی را به کار نگیرد، یاری‌شونده می‌ماند و یك کیسه خالی بر دوش. تعداد بسیار زیادی از مردم در حالی بزرگ می‌شوند که تشنهٔ فقط یك ذره درك، عشق، احترام، خلوص و توجه هستند. بقیه افراد به وسیلهٔ یاری‌دهندگانی که اغلب یا خودشان هستند و یا قربانیان دیگر (والدین، معلمان، مشاوران، کارمندان و همسران که مهارتهای واقعی برای این کار را ندارند) قربانی می‌شوند. احتمالاً در نوع بزهکاران نوجوان فهرست محدودی از پاسخها وجود دارد. کسانی که پاسخهای عقلانی، میان فردی و حتی فیزیولوژیکی آنها شدیداً محدود است و احتمالاً دریافت کمك مؤثر نیز محدودتر می‌باشد. این همان فهرست محدود پاسخهاست که احتمال ضعیف کارکرد مؤثر را در یك وضعیت خاص به فرد دیکته می‌کند. الگوی معمول روابط انسانی با اولین تماس به اوج خود می‌رسد و بعد کاهش می‌یابد و مشخصه آن این است که هریك از طرفین در این رابطه یکدیگر را اساساً نادیده می‌گیرد (کارخوف، برنسون ۱۹۷۶، ۱۹۷۷) «کودکان ما گم شده‌اند زیرا که ما گم شده‌ایم. کودکان ما پرورش نیافته‌اند زیرا که ما نمی‌دانیم چگونه آنها را پرورش دهیم. ما نمی‌توانیم انسان پرورش دهیم زیرا که مهارتهای این کار را نداریم.» (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحه ۴)

در دیدگاه HRD بدکاری یا رفتار ناسازگار تنها به جدال درونی روانی موهوم و اسرارآمیز بستگی ندارد بلکه بیشتر به کمبود مهارتها یا عدم توانایی فرد در کارکرد مؤثر در زندگی خودش بستگی دارد. به همین دلیل است که کارخوف این عبارت را درست می‌کند «جامعه ستیزی... عبارت است از مشغولیت ذهنی با امور نامربوط» (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحه ۴۵) بعبارتی کارخوف می‌گوید که مردم دیوانه یا بد نیستند بلکه آنها مهارت ندارند. زیرا هیچکس به خود زحمت نمی‌دهد که کمبودهای آنها را در خصوص مهارتها ببیند و یا مهارتهای موردنیاز را به آنها آموزش بدهد. (این جمله اساساً همان مطلب کارخوف است اما ساده شده).

نظریه مشاوره

دلیل تغییر

اگر ما مشکل را به معنای کمبود مهارت(مهارتهای میان فردی و تخصصی) تعریف کنیم، آنوقت ظاهراً راه‌حل این خواهد بود که آن مهارتها را کسب نماییم. هدف (کسب مهارتها) به وسیله کمبودها(کمبود مهارتها) تعریف شده است. آنوقت آنچه که باقی می‌ماند عملی ساختن آنچه که کسب شده و فراگرفته شده، است. کارخوف از درمانهای سنتی در ساختن دیدگاه خود استفاده می کند: «اگر درمان شکست بخورد به این دلیل است که نتوانسته‌ایم به چارچوب مرجع یاری شونده وارد شویم یعنی در این کار شکست خورده‌ایم... و در ارائه مهارتها به یاری شونده نیز شکست خورده‌ایم مهارتهایی که یاری‌شونده در مؤثر نمودن زندگی خود بدانها احتیاج دارد.... و در مهیا نمودن یاری شونده برای زندگی روزانه خود نیز شکست خورده‌ایم.» (کارخوف و برنسون ۱۹۷۶، صفحه ۶۱)

اگر درمان شکست خورده باشد و کارخوف نیز متقاعد شده باشد که درمان شکست خورده است، آنوقت ما به یك نظام جدید احتیاج داریم: نظامی که در آن درمان همان آموزش است، نظامی که معتقد است همه یادگیری‌ها با چارچوب مرجع آموزش دهنده شروع می‌شود، نظامی که تأکید آن بر دادن مهارتهاست زیرا همه یادگیری‌ها در یك مهارت عینی به اوج خود می‌رسد، نظامی که مهارتهای محتوایی را یاد می‌دهد زیرا یادگیری قابل انتقال به زندگی واقعی است. کارخوف رشد منابع انسانی خود را به عنوان تکنولوژی انسانی تعریف می کند: یك تکنولوژی ساختن در مقابل تکنولوژی ویران کردن نظام سلاحها(یا نظام درمانی شکست خورده). یك چنین نظام انسانی در حیطه سه اصل یادگیری که در بالا شناسایی شده‌اند عمل می کند، همراه با:

الف. راهنمایی به سوی اهداف قابل حصول خاصی که توسط فرد شناسایی شده بودند.

ب. ارزیابی اهداف بر اساس نقاط قوت وضعف رفتار جاری.

ج. توسعه گامهای عملی که توسط قضاوت ارزشی صریح و آشکار فرد تعیین

می‌شود.

برای مؤثر بودن، باید یك تکنولوژی کاملاً انسانی وجود داشته باشد: تکنولوژی به تنهایی نمی‌تواند باشد زیرا ما را به سوی فقط منطق تنزل می‌دهد و انسانی نیز به تنهایی نمی‌تواند باشد زیرا بشردوستی به تنهایی برای نیل به اهدافی که شناسایی شده‌اند، ناتوان است (کارخوف، یادداشت دوم)

فرایند مشاوره

یادگیری مفید، چه در انسانها یا در یك موجود تك سلولی باید در رفتار قابل مشاهده و قابل اندازه گیری تظاهر یابد. بعبارت دیگر آموزش دهنده باید به گونه‌ای نشان بدهد که یادگیری صورت گرفته و مهارتی کسب شده است. یادگیری بشری به ترتیب کاوش، درك و عمل را دنبال می کند.

برای نشان دادن تغییر ساختی در رفتار، فرد باید با کاوش دنیای خود شروع نماید: کاوش مردم، وقایع و چیزهایی که دنیای فرد را آن گونه که او می‌بیند، می‌سازد. یعنی کاوش آن دنیا به وسیله چارچوب مرجع فرد(مراجع) است. و همچنین به معنی کاوش دنیا آن گونه که دیگران می‌بینند نیز هست. واقعیت آزمایی: این کار، کاری ایستا، بی‌حاصل و تشخیص بالینی فردی دیگر که فکر می کند دنیا باید اینچنین باشد، نیست بلکه برعکس کاری است پویا و تحقیق شخصی (تشخیص) دنیا آن گونه که برای این فرد هست. هدف کاوش درك است: فرد کشف می کند که او در کجای این دنیا قرار دارد و می تواند نقاط قوت و ضعف شخصی خود را درك، شناسایی و مال خود بداند. نقاط قوتی که رشد او را تسهیل می کنند و نقاط ضعفی که رشد او را به تأخیر می‌اندازند. تنها دانستن اینکه شما کجا هستید یا کجا می‌خواهید باشید نمی تواند شما را از جایی به جای دیگر حرکت دهد. درك و اقرار به نقاط قوت و ضعف فرد را قادر می‌سازد که مسیر و جریان مؤثر عمل را طراحی کند تا نقاط قوت را زیاد و نقاط ضعف را کم نماید.

اهداف مشاوره

اهداف مشاوره به صور مختلف می تواند تعریف شود(به فصل اول مراجعه کنید) دیدگاه HRD به عنوان یك نظام پویا بیشتر بر فرایند و جریان عمل تأکید دارد، تا به حالت

شـدن یا بودن. به هر حـال کـارخـوف در مـورد «انسـان کـامل»[1] و «خـودشکوفـا»[2] به عنوان محصول نهایی این فرایند می‌نویسد که دیدگاه HRD شامل سه نوع هدف است:

الف. اهداف نهایی: خودشکوفایی.

ب. اهداف میانی: مهارتها.

ج. اهداف فوری: کاوش با درك و عمل.

این اهداف را به ترتیب از ج به الف توضیح می‌دهیم.

اهداف فوری اهداف همه حرفه‌های یاری کننده تغییر رفتار یا ایجاد رفتار جدید است. برای اینکه تغییر در رفتار واقعی باشد نه فقط ظاهری، یاری شونده باید آن رفتار جدید را نشان دهد. اولین هدف یاری رساندن کاوش است. کاوش ابتدا بر یاری شونده و جایی که او در رابطه با دنیای خودش و مردم این دنیا قرار دارد متمرکز است. مراحل بعدی کاوش شامل واقعیت آزمایی و تشخیص در دنیای واقعی است. هدف دوم یاری رساندن مربوط به یاری شونده است اینکه او جایی که هست را نسبت به جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد باشد، درك کند. این کار شامل تعریف و عملی ساختن نقاط ضعف رفتاری شخصی و تعریف و عملی ساختن اهدافی که آن نقاط ضعف را از بین می‌برند است. بخشی از فرایند تعریف کردن اهداف شامل رشد ارزشهایی است که آن اهداف را دیکته می‌کنند. در نهایت یاری شونده از میوه‌های کاوش و درك خود استفاده می‌کند تا عمل مناسب و مؤثر را برای رفتن از جایی که هست به جایی که باید باشد انجام دهد. مثلاً به دست آوردن مهارتهایی که او در حال حاضر ندارد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷)

اهداف میانی مهارتها حاصل رسیدن به اهداف مرحله اول یا اهداف فوری است. مهارتهای جسمانی تنها شامل بدنسازی نیست بلکه به عادتهای غذایی عملی و استراحت کافی نیز بستگی دارد. مهارتهای میان فردی شامل حضور، گوش دادن، پاسخدهی، ابتکار در خدمت بُعد هیجانی است. مهارتهای شناختی مانند تجزیه و تحلیل،

1. whole person
2. actualizer

ترکیب و تعبیر و تفسیر منجر به رشد عقلانی می‌شود.

اهداف نهایی انسانها کارکرد توان جسمانی خود را در خصوص طاقت قلبی و عروقی، قدرت پویا و انعطاف‌پذیری در سطوح بالایی شکوفا می‌سازند. این کار به آنها انرژی جسمانی لازم را برای کارکرد مؤثر در هر زمینه‌ای که تعهد دارند، می‌دهد. انسانها کارکرد توان هیجانی خود را در سطح بالایی از پاسخدهی و ابتکار، شکوفا می‌سازند. این گونه افراد قادرند به تجربه بشری پاسخ دهند (چه تجربه خودشان و چه مال دیگران) و شیوه عملی را بر اساس درك عمیق از تجربه ایجاد نمایند، انسانها کارکرد توان عقلانی خود را در سطوح بالایی از مهارتهای شناختی شکوفا می‌سازند آنها قادرند واقعیت‌ها و مفاهیم زندگی روزانه را به صورت اصولی سازماندهی کرده و سپس آن اصول را به عمل و مهارت درآورند. (کارخوف ۱۹۸۱)

آموزش مشاور

فلسفه آموزش لازم است این مطلب مهم را به یادداشته باشیم که آموزش مهارتهای یاری رساندن نمونه دیگری از فرایندهای یادگیری میان فردی است. همانگونه که یاری رساندن به دنبال تغییر یا بهبود یاری شونده حاصل می‌شود، آموزش نیز در جستجوی تغییر سازنده و بهبود و ارتقا در عملکرد یاری شونده است. یاری رساندن به دنبال کمك به یاری شونده است تا او یك انسان کامل شود. آموزش به دنبال این است که یاری شونده را به یك یاری کننده کامل تبدیل نماید ـ یك انسان خودشکوفا که کارکرد او در فرایند عمل کامل باشد. هدف آموزش این است که فهرست مهارتهای یاری رساندن به یاری شونده را تهیه نماید تا یاری کننده بتواند یاری شونده را به سوی تغییر ساختی هدایت و رهبری نماید. هدف دوم آموزش مهارتهای رشد به یاری شونده است تا او در موارد بحرانی و موقعیت‌های جدید خود برنامه‌های یاری رساندن و آموزش جدید را تدارك ببیند. رویکرد پژوهشی ـ رشدی کارخوف برای یاری دادن مؤثر بسیار روشن و واضح است. اینکه چه چیزی اثر دارد و چه چیزی اثر ندارد و ضمناً این رویکرد به این نکته توجه دارد که یاری دهندهٔ خلاق و مبتکر را نمی‌توان در یك چارچوب محدود کرد «یك یاری کننده مؤثر به خود اجازه نمی‌دهد که در هیچ نظامی محدود شود. منظورم حتی در مورد نظام خودم نیز

می‌باشد.» (کارخوف ۱۹۷۸)

تجربه آموزشی کارهای آموزشی و مشاوره‌ای هر دو برای تغییر ساختی و بالابردن مهارتهای میان فردی صورت می‌گیرد. آموزش و مشاوره هر دو از منابع اصلی و یکسان یادگیری در یك رویکرد یکپارچه استفاده می‌کنند. آموزش و مشاوره هر دو براساس تجربه بنا شده‌اند (که در همه فرایندهای یادگیری او وجود دارد)، آنچه که مهم است تجربه آموزش دهنده از فرایند است. بالاخره آموزش دهنده و مشاور هر دو یك نقش الگو برای آموزش و مشاوره ارائه می‌دهند. بنابراین برای اینکه آموزش مؤثر صورت گیرد، یادگیرنده باید در مورد تجربه خود آزادی عمل داشته و متعهد به تغییر ساختی باشد. بعلاوه آموزش دهنده باید کامل و یا حداقل در فرایند کامل شدن باشد. زیرا محدودیتهای آموزش دهنده می‌تواند محدودیتهای شدیدتری را در فرایند رشد یادگیرنده ایجاد کند. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷)

محتوای یادگیری محتوای یادگیری همان محتوای یاری کردن است. این بدان معنی است که یادگیرنده جزئیات مربوط به حضور، پاسخدهی، شخصی سازی و ابتکار را می‌آموزد. در جریان یاری دادن مؤثر و مهارتهای یاری دادن، آموزش نیز صورت می‌گیرد: یادگیرنده بعنوان یاری شونده شروع و براساس مهارتهای شرح داده شده رشد و پیشرفت می‌کند ابتدا یك یاری کننده می‌شود بعد آموزش دهنده و بالاخره به عنوان آموزش‌دهندهٔ اصلی (آموزش دهنده به آموزش دهنده‌ها) عمل می‌کند. بعضی از یادگیرنده‌ها تصمیم می‌گیرند که در سطح میانی متوقف بمانند و بعضی قادر نیستند مهارتهای سطوح بالاتر را نشان دهند. بعضی از افراد استثنایی به سطوح بالاتر از آموزش دهنده اصلی یعنی مشاور رشد منابع انسانی و بعضی در بالاترین سطح یعنی مشاور منابع اجتماعی، پیشرفت می‌کنند. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۶)

آموزش HRD هم در کارگاههای ۲۵۰-۱۰۰ ساعتی و هم در چارچوب برنامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره یا روان شناسی ارائه می‌گردد. در روش اول یعنی روش کارگاهی تأکید عمده بر یادگیری مهارتهای رفتاری است و در روش دوم یعنی آموزش دانشگاهی به دست آوردن مهارت نقش عمده‌ای را ایفا می‌کند اما در این روش بیشتر

بر منطق نظری تأکید می‌شود تا چارچوب کارگاهی. کامل‌ترین و طولانی‌ترین برنامه HRD توسط دکتر بارنار دبرنسون در دانشکده بین‌المللی آمریکایی در اسپرینگ فیلدماساچوست اداره می‌شود. مؤسسات دیگر آموزش مشاوران را با تأکید بر الگوی HRDانجام می‌دهند. (به عنوان مثال دانشگاه ایالتی جورجیا[1]، دانشگاه جورجیا و دانشگاه زنان تگزاس[2])

کارکرد مشاور

مشاور برای اینکه مؤثر باشد باید نقشی فراتر از انتقال دهندهٔ اطلاعات و راهنمایی داشته باشد و کاری بیش از دستگیری انجام بدهد. مشاورهٔ مؤثر هم شامل یاری دادن است و هم شامل آموزش دادن. یاری دادن عبارتند از توجه به یاری شونده، وارد شدن به چارچوب مرجع یاری شونده، تسهیل احساس تعلق یاری شونده نسبت به تجربیات خود و کار کردن با یاری شونده برای نیل به اهداف او. آموزش در برگیرندهٔ رشد دانش عملی یاری شونده از دنیای خویش، تشخیص سطح کارکرد یاری شونده در رابطه با دانش او، هدف گذاری پس از تشخیص و بالاخره ارائه مهارتهای مورد نیاز یاری شونده برای رسیدن به مقاصد و اهداف خویش. یاری دادن و آموزش دادن هر دو حرکت به سوی هدف را تسهیل می‌کنند. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۶)

بعبارت دیگر یك یاری کننده مؤثر باید اقدامات زیر را انجام دهد:

۱. به چارچوب مرجع یاری شونده وارد شود. در هر نوع موقعیت یاری رساندن چه ۵دقیقه باشد و چه ۵جلسه باید قسمتی از وقت مشاوره برای کمك به یاری شونده جهت تسهیل درکشف دنیای خود اختصاص یابد.

۲ـورود به محیط یاری شونده. بدین معنی که باید به صورت فیزیکی به خانه، مدرسه و یا محیط کار یاری شونده وارد شده تا واقعیات مربوط به تجربه یاری شونده را مورد بررسی قرار دهد.

1. Georgia State University
2. Texas Woman's University

۳. ارتباط دادن چارچوب مرجع یاری شونده به اهداف محیطش. اهداف یاری شونده باید در چارچوب محیط خودش (نه محیط دیگران) مشخص شود.

۴. ارتباط دادن اهداف محیط به کارکرد یاری شونده در محیطش. خانه، مدرسه، کار و محیط‌های اجتماعی دارای انتظاراتی از زندگی، یادگیری و عملکرد کاری یاری شونده در آن محیط‌ها دارند.

۵. یاری یا کمك را به شیوه‌ای عملی در جهت نیل به اهداف یاری شونده درآورد. شناسایی اهداف و یا حتی انتخاب یك شیوهٔ عملی کافی نیست، بلکه باید آن شیوه را اجرا کنیم.

۶. استفاده از مراحل آموزش و تربیت برای اجرای شیوه و عمل. یاری دهنده یا شخصاً و یا از طریق فردی دیگر یاری شونده را در هر نوع مهارت ویژه‌ای که برای رسیدن به هدفش نیاز دارد تربیت می کند.

۷. مهارتهای قابل انتقال را آموزش می‌دهد، مهارتهایی که باید به طور مستقیم در زندگی یاری شونده قابل اجرا باشند.

۸. به محیط، آموزش بدهد که چگونه از یاری شونده حمایت کند، این بدان معنی است که باید به افراد مهم محیط یاری شونده مهارتهایی را بیاموزد که برای حمایت از یاری شونده به آنها نیاز دارند.

۹. پیگیری فعالیتهای یاری دادن و آموزش دادن. این کار در برگیرنده کمك به یاری شونده برای امرار معاش، تحصیل و یا تقاضا برای کار در دنیای واقعی‌اش می‌باشد.

۱۰. ارزیابی نتایج کوششهای یاری دادن و آموزش دادن. دریافت بازخوردها و استفاده از آنها برای تجدیدنظر در فرایند کار، تنها راهی است که یك نظام را از سکون و ایستایی مصون می‌دارد.

تمرین مشاوره

تکنیک‌های عمده

تکنیك‌ها عموماً از مرحله خاصی از فرایند یاری پیروی می کنند و بدان وسیله نیز عملاً تعریف می گردند. چهار مقوله اصلی تکنیك‌ها عبارتند از: حضور، پاسخدهی،

شخصی‌سازی و ابتکار در عین حال که این موارد به عنوان تکنیك تلقی می‌شوند اما شدیداً به صفات شخصی نظیر همدلی، احترام، خلوص و مانند اینها بستگی دارند. به همین جهت نمی‌توان فقط آنها را به صورت یك تکنیك نگاه کرد و یا کوشش نمود که آنها را به صورت تکنیك‌های صرف بدون در نظر گرفتن صفات شخصی به کار برده و مورد استفاده قرار داد.

حضور مرحله حضور شامل چهار گام است: نخستین آن آماده کردن یاری شونده برای درگیر شدن در فرایندیاری است. این مرحله خود دارای سه گام فرعی است. در گام اول یاری کننده یاری شونده را آگاه می‌سازد که از طریق دعوت شخصی، او در دسترس خواهد بود (اینکه یاری شونده کیست، چه وقت و کجا ملاقات صورت می‌گیرد و چگونه باید به محل ملاقات برسد؟) گام فرعی دوم در مرحله نخست این است که یاری کننده، یاری شونده را تشویق می‌کند تا از طریق تأکید بر منافع شخصی خاصی که به وسیله یاری شونده به دست می‌آید، مشارکت داشته باشد. (اینکه چه اتفاقی خواهد افتاد و چرا یاری شونده می‌خواهد آن اتفاق بیفتد؟) و بالاخره در گام فرعی سوم یاری کننده می‌تواند اطمینان بدهد که یاری شونده به طور مداوم به جلسات خواهد آمد. این کار از طریق مهیا نمودن صحنه به طریقی که یاری شونده درگیری خود را در کار درك کند انجام می‌شود. به عنوان مثال در یك ترتیب یك به یك، باید دو صندلی مشابه وجود داشته باشد که روبروی یکدیگر در یك فاصله ۳ تا ۴ قدمی قرار می‌گیرد. در یك گروه کوچك صندلی‌ها باید دایره‌وار چیده شوند به ترتیبی که هر کس بتواند به چشمهای دیگری نگاه کند (منظور دور یك میز نیست). و در یك گروه بزرگتر، صندلی‌ها باید مانند یك سالن تئاتر چیده شوند و یاری کننده باید در برابر گروه بایستد.

حالت و طرز نشستن دومین مهارت حضور شامل حالت و طرز نشستن است که خود شامل ۵ مهارت فرعی است.

الف. فاصله بهینه در مشاوره یك به یك با فاصله سه تا چهار قدم، هرچند واکنش یاری‌شونده ممکن است در وضعیت نشستن تغییر ایجاد کند.

ب. در صورت امکان، یاری کننده باید هم سطح یاری شونده بنشیند تا یك نگرش برابر و هم سطح را ایجاد نماید نه یك برتری دور.

ج. بهترین زاویه برای یاری کننده زاویه‌ای است که او در آن به طور کامل دیده می‌شود و شانه به شانه یاری شونده قرار می گیرد. این کار توجه را جلب، و پریشانی و حواس‌پرتی را از بین می‌برد.

د. یاری کننده باید کمی متمایل به یاری شونده بنشیند یا بایستد تا آنکه بتواند علاقه و درگیری خود را منتقل سازد.

هـ. بالاخره یاری کننده باید تماس چشمی مناسب با یاری شونده داشته باشد. مدت این تماس چشمی بستگی به واکنش یاری شونده دارد. این تماس باید تماس چشمی واقعی باشد نه فقط نگاهی به سر یا شانه یاری شونده.

خوب است به یاد داشته باشیم که هدف ما یاری کردن به یاری شونده است. درعین حالی که فاصله، سطح، زاویه، متمایل بودن و تماس چشمی مهم و مفید هستند اما باید بدانیم که اینها وسایلی برای کمك کردن و یاری رساندن می‌باشند و به خودی خود هدف محسوب نمی‌شوند. اگر متمایل شدن به سوی یك یاری شونده مشخصی، روند کمك به او را تسهیل نمی‌نماید؛ آنوقت باید از آن پرهیز بکنیم. اگر تماس چشمی مستقیم برای یك یاری شوندهٔ معینی، معنای منفی داشته باشد باید آن را اصلاح کرده و یا از آن چشم‌پوشی نماییم.

مشاهده سومین مهارت حضور شامل توانایی یاری کننده برای مشاهده ظاهر و رفتار یاری شونده می‌باشد تا از میزان انرژی، احساس و درجه همخوانی یاری شونده استنباطی به دست بیاورد. تمیز بین مشاهده و استنباط بسیار مهم است: آنچه که مشاهده می‌شود ظاهر یا رفتار است. («او خوب لباس پوشیده و آراسته است» و یا «او اخم کرده و به من نگاه نمی کند.») اما استنباط مربوط به میزان انرژی(«چشمان تیز او و توجه هوشیارانه او به من می گوید که میزان انرژی او بالاست»)، احساسات (« او اخم کرده و به من نگاه نمی کند. در حالی که با من مخالف است و شاید هم از دست من عصبانی باشد.») و یا درجه همخوانی («او می گوید احساس خوبی دارد اما به نظر می‌رسد که تحت فشار باشد.»)

گوش دادن مهارت حضور نهایی شامل گوش دادن است. منظور ما از گوش دادن فقط شنیدن نیست بلکه گوش دادن با دقت و فعال است. لازم است که یاری کننده به محتوا، آهنگ و لحن صدای یاری شونده گوش دهد. یاری کننده مواظب است که در گوش

دادن به محتوا ۵ چ ک[1] (5WH) را دریابد. بعلاوه یاری کننده باید به لحن و آهنگ صدا گوش دهد یعنی به درجه صدا، زیر و بمی صدا، تندی صدا و هر نوع تغییری که در این شاخصها به وجود می آید. حتی این کار نیز کافی نیست! یاری کننده باید مواظب معنای شخصی آنچه که یاری شونده می گوید، باشد (او در مورد مادرش صحبت می کند اما چرا چیزهایی را که می گوید در مورد خودش است؟) یاری کننده هنگام گوش دادن باید قضاوت و داوری خود را و اگر دقیق تر بگویم چارچوب مرجع خود را کنار بگذارد. یاری کننده تنها از طریق رها کردن موقت چارچوب مرجع خود می تواند آزادانه به دنیای مراجع وارد شده و پاسخ همراه با همدلی مناسبی را ابراز نماید.

بالاخره همه مهارتهای حضور، در جهت توانا نمودن یاری کننده است، تا احساسات شخصی مناسب و معنایی که در هر بیانی مستتر است را معلوم و مشخص نماید. حضور، یاری شونده را در فرایند کمک، درگیر می کند و صحنه را برای مرحله بعد آماده می سازد. (کارخوف ۱۹۸۰، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

پاسخدهی یاری کننده به وسیله حضور، مشاهده کردن و گوش دادن می تواند در خلال تعاملات اولیه، درک خود را از چارچوب مرجع منحصر بفرد یاری شونده تعریف و فردی نماید. در این صحنه دوم، کار اصلی یاری کننده این است که به مجموعه منحصر بفرد یا چارچوب مرجع یاری شونده وارد شده و آن را درک نماید تا بدان وسیله یاری شونده موقعیت فوری، معنای فوری این موقعیت، احساسات فوری که به خاطر این موقعیت شدت یافته و دلیل فوری برای این احساسات را کشف نماید. (فوری یعنی حالا، جاری و چیزی نیست که از گذشته برجای مانده باشد.)

درخلال مرحله اولیه کاوش یا اکتشاف در هر جلسه مشاوره هدف یاری شونده بحث درباره اطلاعات مربوط به موقعیت های خاص و معین است. (۵ چ ک محتوا). برای تسهیل این کاوش یاری کننده این گونه پاسخ می دهد. آنچه که تو می گویی این است که...» وقتی یاری شونده در بیان داوطلبانه برخی جزئیات معین مشکل دارد، یاری کننده می تواند

---

۱. چه کسی، چه چیزی، چه وقت، چرا، چگونه و کجا.

برخی از سؤالات خاص (۵ چ ك) را با جواب به هر کدام از آنها ترکیب نماید.

گام بعدی تسهیل کاوش یاری شونده در معنای فوری هر تجربه‌ای است. چنانچه محتوا همیشه پنهان و ضمنی باشد، معنا همیشه به همراه محتوا و همزمان نخواهد بود. مثلاً «شوهرم در را محکم به صورت من کوبید.» (محتوا): «او به من احترام نمی گذارد» (معنا). یاری کننده کاوش معنای فوری را به این شکل پاسخ می دهد. «منظورت این است که...» به عنوان مثال:

یاری شونده: هر وقت آنها از دست هم ناراحت می شدند سر من داد می کشیدند.

یاری کننده: منظورت این است که آنها عصبانیت خود را سر تو خالی می کردند.

در قسمت بعدی کاوش، هدف یاری شونده بیان احساسات فوری و ویژهٔ خود در مورد وضعیت است. یاری کننده می تواند این کاوش را از طریق این نوع پاسخ تسهیل نماید. «تو احساس می کنی...» شما به وسیله پاسخ دادن به احساسات یاری شونده می خواهید به او بگویید که نه تنها او را درك می کنید بلکه نگران او نیز هستید. از آنجا که طبقه‌بندی و سطوح مختلفی از احساسات وجود دارد، یاری کننده باید برای ساختن فرهنگ لغت احساسات تلاش کند تا پاسخهای او در رابطه با چارچوب مرجع یاری شونده دقیقاً همدلی با او تلقی شود. یاری کننده ممکن است بتواند دقیق ترین کلمه احساسی را به وسیله این پرسش معین نماید. «اگر من جای این فرد با همان گذشته و حال بودم و همانگونه به مسائل توجه و رفتار می کردم و همان کلمات را نیز می گفتم، آنوقت چه احساسی داشتم؟»

وقتی که احساسات یاری شونده مشخص و بدانها پاسخ داده شد، آنوقت گام بعدی یاری کننده این خواهد بود که به دلایل فوری احساسات پاسخ دهد. یاری کننده باید به احساسات یاری شونده پاسخ دهد تا درك و مقبولیت یاری شونده را به خود او منتقل نماید، این کار به خاطر اینکه او یك انسان است صورت نمی گیرد بلکه، به عنوان انسانی منحصر بفرد و باارزش با او رفتار می‌شود. درصورت لزوم، پاسخدهی به احساسات، به تنهایی کافی نیست. یاری کننده باید به دلایل فوری یاری شونده در مورد احساساتش نیز پاسخ دهد تا یاری شونده واقعیت درونی را با دنیای خارج مربوط به خودش ارتباط دهد. علت دیگر برای پاسخدهی به احساسات و دلایل او این است که یاری کننده در تماس مستقیم با دنیای یاری شونده قرار خواهد گرفت. لذا پیوندی به وجود می آید که پیش نیاز یاری و کمك کردن است.

پاسخ مشخص و معمول در این قسمت این است. «تو احساس می کنی... زیرا که او (آنهـا)...» این مطلب فـقط بر اساس حـدس و گـمـان نیست اینکه یاری کننده چه فکر می کند،بلکه یك پاسخ درست و توضیح و تفسیر صحبت‌های یاری شونده است. خودکاوی یاری شونده به معنای پاسخ دقیق همراه با همدلی یاری کننده است به موقعیت، احساسات و دلایل فوری یاری شونده. زمانی که این کاوش انجام می‌شود، پیوند بین یاری کننده و یاری شونده برقرار می گردد-پیوندی که اساس یاری رساندن مؤثر است. (کارخوف ۱۹۸۰، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

شخصی سازی این مرحله از کمك و یاری رساندن شامل درك یاری شونده است: شناخت و قبول یاری شونده از معانی شخصی، مشکلات شخصی، احساسات شخصی و اهداف شخصی. بعد از اینکه اساس همدلی توسط پاسخهای یاری کننده به کاوش یاری شونده ارائه گردید، یاری کننده رابطه را به سوی قسمت بعد از طریق پاسخدهی به معانی شخصی که در بیانات او تلویحاً وجود داشت هدایت می کند. بعبارت دیگر، یاری کننده، احساسات یاری شونده را در خصوص دلایل خارجی که درپشت احساسات او نهفته است به وسیله جملاتی معنی و تفسیر می کند. این جملات بیانگر معانی شخصی ودرونی آن موقعیت برای یاری شونده است، بدین شکل «تو احساس می کنی... زیرا تو...» شخصی‌سازی معانی این اثر را دارد که توجه یاری شونده را به مشارکت او در موقعیت متمرکز و متوجه می‌سازد: جمله «من ناراحت و عصبانیم زیرا که بچه‌ها در عروسی مرتب پیش ما دو نفر می آمدند.» به جمله «من ناراحت و عصبانیم زیرا که وقت کافی ندارم تا با همسرم تنها باشم.» تبدیل می‌شود.

وقتی که یاری شونده بفهمد که او در به وجود آوردن مشکل خود مشارکت داشته است، آنوقت گام بعدی این خواهد بود که از او بخواهیم مشکل را «متعلق به خود» بداند و آن مشکل را در رابطه با قابلیت و توان محدود خود و نه نقاط ضعف خود ببیند. در این قسمت یاری کننده ابتدا باید نقاط ضعف را شناسایی نموده و آنوقت به این موضوع به عنوان یك مشکل شخصی پاسخ دهد. یاری کننده از او می‌پرسد که «یاری شونده چه کار می کند و یا نمی کند که مستقیماً در به وجود آمدن مشکل دخالت داشته است؟» پاسخ در این قسمت

چنین خواهد بود «تو احساس می کنی... زیرا تو نمی توانی...» هدف یاری شونده این خواهد بود که نقاط ضعف رفتاری شخصی خود را که سبب به وجود آمدن مشکل شده‌اند شناسایی نموده و آن را مال خود بداند: «تو احساس ناکامی می کنی زیرا که نمی توانی وقت خود را بهتر تنظیم کنی.»

در این نقطه، درك زیاد یاری شونده از نقاط ضعف و کمبودهای شخصی خودش ممکن است منتهی به احساسات مختلف با درجات متفاوت شود. یاری کننده به این احساسات جدید به وسیله مرتبط ساختن آنها به نقاط ضعف رفتاری، جنبه شخصی می‌دهد. و برای این کار از همان شکل و یا به کار گیری کلمات احساسی جدید استفاده می کند.

در گام نهایی مرحله شخصی‌سازی، یاری کننده هدف شخصی را که در بیانات یاری شونده نهفته است تشخیص می‌دهد همین نکته اغلب مورد توجه قرار می گیرد: هدف مربوط به یاری شونده است نه مربوط به یاری کننده و این هدف نکته محوری مشکل یاری‌شونده است. منظور این نیست که یاری کننده «تیری را در تاریکی» رها کند. شکل کار در اینجا به این صورت است «تو احساس می کنی... زیرا تو نمی توانی ... و تو می‌خواهی...». «از دست خودت عصبانی هستی زیرا که به نظر می‌رسد نمی توانی برنامه‌ات را تنظیم کنی بنابراین می توانی وقت بیشتری را با همسرت به تنهایی بگذرانی.» اگر یاری شونده حرفهای یاری کننده را در مورد هدفها قبول کند، آنوقت او آماده شده است تا به مرحله بعدی فرایند یاری برود. (کارخوف ۱۹۸۰، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

ابتکار: تصمیم گیری فرایندیاری با کاوش دنیای یاری شونده شروع می‌شود زیرا که نقطه شروع همه یادگیری‌ها از چارچوب مرجع یادگیرنده است. این فرایند با عمیق‌تر شدن درك ما از نقاط ضعف شخصی و نقاط قوت یگانه یاری شونده ادامه می‌یابد متأسفانه بسیاری از یاری کنندگان تصور می کنند که بینش منجر به عمل می‌شود، همینجا صبر کن. به هر حال تجربه و پژوهش هر دو نشان داده‌اند که بینش و عمل هر دو برای ایجاد تغییرات پایدار ضروری هستند و هیچکدام لزوماً منتهی به دیگری نمی‌شود؛ اما هر دو باید وجود داشته باشند تا منجر به عمل مؤثر گردند. یکی دیگر از اصول یادگیری این است که همه یادگیری‌ها می‌بایست قابل انتقال به زندگی واقعی باشند. وگرنه هیچ تغییر رفتاری

صورت نمی گیرد مگر اینکه یاری شونده بر اساس درك به دست آمده عمل نماید.

اولین گام در مرحله ابتکار تعریف هدف یاری شونده بر اساس معنی‌دار بودن، قابل اندازه گیری بودن و واقعی بودن آن است، معنی‌دار بودن یعنی این که هدف مستقیماً و کاملاً به مشکل اصلی یاری شونده مربوط باشد. قابل اندازه گیری به معنی این است که امکان دستیابی به هدف مبهم که دقیق نباشد غیر ممکن است. مگر اینکه تصادفی به دست آید، واقعی بودن یعنی اینکه یاری شونده توانایی و قدرت دستیابی و نیل به هدف را داشته باشد. شکل «۵ چ‌ك» راه خوبی است برای تعریف هدف به صورت معنی‌دار بودن، قابل اندازه گیری بودن و واقعی بودن.

دومین گام در ابتکار، کشف راههای چاره برای رسیدن به هدف است تا مؤثر ترین کار و عمل را انتخاب نماید. یاری کننده می تواند این کاوش را به وسیله حضور مرتب و پاسخ مداوم تسهیل نماید و در وقت و زمان مناسب پیشنهادات عینی و محسوس نماید. در این صورت است که یاری شونده تشویق می شود فی البداهه فکر کند و تمام شقوق مختلف عملی را کشف نماید.

گام بعد کمك به یاری شونده است تا سلسله مراتب ارزشهای خود را به عنوان وسیله‌ای برای انتخاب شقوق مختلف رشد دهد. این فرایند چهار گام دارد:

الف ـ کشف ارزشهای موجود.

ب ـ تعریف ارزشهایی که به یکی از راههای مختلف جریان عمل مربوط باشد.

ج ـ رشد مقیاس مطلوب و مناسب برای هر ارزش و وزن کردن ارزشها (شماره گذاری).

یاری کننده می تواند کاوش یاری شونده را از ارزشهای موجود به وسیله استفاده مستمر از مهارتهای حضور و پاسخدهی و همچنین به وسیله به کار گیری فن «۵ چ ك» تسهیل نماید: چه کسی را در زندگی خود به حساب می آوری؟ چه چیزهایی واقعاً برای تو مهم هستند؟ دلت می خواهد کجا وقت خود را بگذرانی؟ چه وقت می خواهی به هدف خود برسی؟ چرا این کار به نظر خوب می‌رسد؟ چگونه احساسی در مورد این ارزش داری؟ بعد از اینکه ارزشهای یاری شونده شناسایی شدند آنها باید به صورت واژه‌ها و عبارات عینی و محسوس تعریف گردند (معمولاً آن را با زمان و مقدار ارتباط می‌دهند). سؤالی که بدان پاسخ داده می‌شود این است. «این ارزش چه معنایی برای یاری شونده در رابطه با تعداد

کارهایی که در مدت زمان معین انجام شده است دارد؟»

گام بعدی رشد مقیاس مطلوب شخصی است. یعنی یك الگو یا یك طرح منظم برای تعیین اهمیت مربوط به ارزشهای مختلف. به نظر می‌رسد که مقیاس به صورت نمادین شبیه مقیاس زیر باشد:

++ خیلی خوب
+ مطلوب
+- قابل قبول
- نامطلوب
-- خیلی نامطلوب

این مقیاس کلی می‌بایست در رابطه با ارزشهای منحصر به فرد یاری شونده، فردی شوند. مثلاً یك یاری شونده ممکن است تصمیم بگیرد که دو تا از ارزشهای خود را روی هم جمع کند.

مثلاً:

ارزش	تعریف	مقیاس
دارایی	مقدار بدهی به دلار	+$۰
		+$۵۰-۱۰۰
		+-$۱۰۱-۲۰۰
		-$۲۰۱-۳۰۰
		--$۳۰۱-۴۰۰
خانواده	مقدار ساعاتی که در هفته با هم می‌گذرانند	++۲۰-۳۰
		+۱۵-۱۹
		+-۱۰-۱۴
		+۵-۹
		--۰-۴

زمانی که مقیاس مطلوبیت برای هر ارزش درست می‌شود، یاری شونده باید ارزشها را به ترتیب از کمترین اهمیت به بیشترین اهمیت درجه‌بندی نماید. بعد از درجه‌بندی، وزن هر ارزش (شماره آن) تعیین می‌شود تا اهمیت هر ارزش دقیقاً مشخص شود. ارزشی که کمترین اهمیت را دارد با شماره ۱ مشخص می‌شود و دیگر ارزشها تا شماره ۱۰ شماره‌گذاری می‌شوند. این کار به یاری شونده کمك می‌کند تا دو ارزش را که اهمیت یکسانی دارند (وزن یکسان) مشخص نماید و یا مثلاً ببیند که اهمیت یك ارزش (وزن ۶) دوبرابر ارزش دیگر (وزن ۳) است.

گام نهایی در تصمیم گیری این است که براساس رویکرد منظمی که در بالا توضیح داده شد، تصمیم گیری شود. این یك فرایند ساده و مکانیکی (مادی) است. اولین قدم درست کردن ماتریس است که این کار دربرگیرنده مسیر انتخابی عمل و ارزشهای شماره گذاری شده می‌باشد. مثلاً:

شقوق مختلف عمل

ارزشها	وزن	حفظ شغل	تغییر شغل	ادامه تحصیل
خانواده	(۱۰)			
دوستی	(۷)			
مالی	(۱)			

یاری شونده هر یك از شقوق مختلف عمل را در رابطه با مقیاس مطلوبیت و وزن هریك از ارزشها ملاحظه می‌کند مثلاً: حفظ شغل باعث نمی‌شود که وقت بیشتری با خانواده صرف شود بلکه یاری شونده همان دوازده ساعت در هفته را که در حال حاضر با خانواده‌اش می‌گذراند، صرف خانواده می‌کند. یاری شونده در این مورد اظهار داشت که این کار از نظر او مطلوب (+) است. وقتی که شمارهٔ مطلوبیت وزن اولین ارزش بعلاوه(+) می‌شود، نتیجه (۱۰+) برای اولین خانه ماتریس در نظر گرفته می‌شود. حفظ شغل همان

اثر را بر روی ارزش دوم خواهد داشت، اما از آنجا که شمارهٔ آن متفاوت است نتیجه نیز متفاوت خواهد بود(۴+). این نمره در دومین خانه نوشته می‌شود. حفظ شغل، بُعد مادی کار را تغییر نمی‌دهد. بنابراین نتیجه خالص (۱+)+(۱-) صفر می‌شود، وقتی این کار را در مورد همه خانه‌های جدول انجام دهیم ماتریس به صورت زیر در می‌آید:

		ادامه تحصیل		تغییر شغل		رفتن به مدرسه	
خانواده	(۱۰)	+	۱۰+	-	۱۰-	++	۲۰+
دوستی	(۴)	+	۴+	--	۸-	++	۸+
مالی	(۱)	+-	۰	++	۲+	--	۲-

قدم بعدی این است هر ستون را جمع بزنیم

۱۴+ ۱۶- ۲۶+

بهترین شیوهٔ عمل، شیوه‌ای است که بالاترین عدد مثبت به دست آید. در این مثال یاری شونده علی‌رغم ضررهای مالی تصمیم می گیرد که به مدرسه برود زیرا بر ارزشهای دیگر او تفوق دارد.

ابتکار: طراحی برنامه تصمیم گرفتن برای انتخاب شیوهٔ عمل یك چیز است و انجام دادن و عملی کردن آن تصمیم چیز دیگری است. اولین مرحله تنظیم برنامه شامل تشخیص و تعریف عملی از گامهای نخستین برنامه است:

الف ـ آخرین گام ـ که مستقیماً به هدف منتهی می‌شود.

ب ـ اولین گام برنامه.

ج ـ گامهای میانی برای زدن بر روی خلأای که بین گام نخست و گام نهایی به‌وجود آمده است. وظیفه درمانگر این است که مطمئن شود هر گام به صورت رفتاری تعریف شده باشد، اینکه یاری شونده قادر است (قادر خواهد بود) که هر گام را استادانه بردارد، گام نهایی مستقیماً به هدف خواهد رسید و تعداد کافی گامها تعیین شده باشد. بنابراین یاری شونده «بیش از مقداری را که می تواند بجود، گاز نزند.»

سپس یاری شونده باید گامهایی برای چك كردن بر دارد تا مطمئن شود كه او به سوی هدف در حركت است. به اینها گامهای تفكر می گویند كه عكس گامهای عملی كه منجر به اجرای برنامه می‌شود، است. گامهایی به نام «گامهای قبل از تفكر»، «گامهای در خلال تفكر» و «گامهای بعد از تفكر» وجود دارند. گامهای قبل از تفكر یاری شونده را برای گامهای عملی آماده می كند. آیا من آنچه را كه برای این كار نیاز دارم، دارم؟ آیا من وقت را برای انجام آن كار تنظیم كرده‌ام؟ گامهای در خلال تفكر یاری شونده را قادر می سازد تا پیشرفت خود را هنگامی كه واقعاً درگیر مرحله عمل است بازبینی و نظارت كند: آیا من آماده برداشتن گام بعدی هستم؟

اینها سؤالات مقدماتی بیهوده و بی اساس نیستند بلكه سؤالات مهم و واجبی هستند كه طراحی شده‌اند تا از میزان موفقیت دستیابی به اهداف مطمئن شوند. یاری كننده باید دراین مرحله از برنامه تشویق را به همراه حمایت ارائه دهد، توجه به جزئیات موفقیت، كار بزرگی برای انجام آن است. (كارخوف ۱۹۸۰، كارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

ارتباط برقرار كردن فوری و مواجهه

دو تا از تكنیك‌های نهایی كه می تواند در مراحل مختلف فرایند كمك‌رسانی، مناسب باشد عبارتند از ارتباط برقرار كردن فوری و مواجهه. ارتباط برقرار كردن فوری به پاسخ یاری كننده به ارتباط فوری بین او و یاری شونده مربوط می‌شود. یاری كننده می تواند موقعیت را با این سؤالات ارزیابی نماید «آنچه كه یاری شونده دربارۀ مشكل خود می گوید با آنچه كه در حال حاضر بین ما در جریان است چگونه ارتباط پیدا می كند؟» یا این سؤال «آیا یاری‌شونده نقش خود را در مشكل بروز می دهد؟» و یا «آیا یاری شونده (یاری كننده) همان طوری كه برای دیگران شرح می دهند، خود فكر می كنند؟» زمانی كه یاری كننده احساسات فوری یاری‌شونده را دراین موقعیت تشخیص داد، فوراً می تواند با گفتن چیزی شبیه به «حالا، با من، تو احساس می كنی كه... زیرا تو نمی توانی...» پاسخ دهد. به عنوان مثال یاری كننده می تواند به یاری شونده‌ای كه عدم اعتماد به دیگران را به‌طور وسیعی ابراز می كند و نسبت به یاری كننده احتیاط زیادی نشان می‌دهد، بگوید «درست الان تو احساس بدی داری زیرا نمی توانی به من اعتماد كنی و این درحالی است كه به نظر می‌رسد من می توانم تو را درك كنم.» پاسخ فوری به یاری كننده كمك می كند تا رابطه خود با یاری‌شونده

را شخصی سازد و برای یاری شونده زمینه‌ای فراهم می کند تا نقش کسی را که می تواند ارتباط کامل و صحیحی با او برقرار نماید را ایفا کند. پاسخ فوری می تواند به وسیله یاری کنندهٔ ماهر تقریباً در هر زمانی به کار برود، بدون اینکه رابطه‌اش با یاری شونده را تهدید نماید. (کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

مواجهه‌ها موضوع دیگری هستند. مواجهه برای کمك و یاری کردن نه لازم است و نه کافی و باید در صورت لزوم با احتیاط استفاده شود و هرگز نباید قبل از آنکه یك همدلی قوی ایجاد شود آن را به کار برد. مواجهه‌ها می توانند به صورتهای مختلف استفاده شوند اما آنها به طور کلی به دو مقوله عمده تقسیم می شوند: مواجهه خفیف و مواجهه قوی یا مستقیم. در مواجهه، یاری کننده کوشش می کند تا درك شخصی یاری شونده را افزایش دهد، اینکار از طریق اشاره به ناهمخوانی موجود در ارتباط یاری شونده صورت می گیرد. مواجهه خفیف می تواند به شکل زیر باشد. «از یکطرف تو... می گویی / می کنی در حالی که از طرف دیگر تو... می گویی / می کنی.» مواجهه خفیف محدود به چارچوب مرجع یاری شونده می‌شود.

یك مواجهه قوی یا مستقیم بر اطلاعات خارجی و قابل مشاهده تأکید دارد. شکل معمول آن به صورت زیر است «تو... می گویی / می کنی / احساس می کنی، اما به نظر من این طور می‌رسد که تو... می گویی / می کنی / احساس می کنی.» مواجهه یك تفسیر نیست («تو می گویی که مطمئن هستی، اما این طور نیست») بلکه نشان دادن ناهمخوانی در ارتباط یاری شونده است (کلامی یا غیر کلامی). باتوجه به شدت تهدید بالقوه نسبت به یاری شونده بهتر است دو علامت تهدید کننده مهم در اینجا مورد توجه و ملاحظه قرار گیرد:

الف ـ اگر چارهٔ دیگری دارید هرگز از مواجهه استفاده نکنید.

ب ـ اگر می توانید مواجهه خفیف را استفاده کنید هرگز از مواجهه مستقیم استفاده نکنید. (برنسون و میشل ۱۹۷۴، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

خلاصه

دیدگاه HRD یك رویکرد منظم یادگیری ـ حل مشکل در مشاوره تلقی می‌شود. تکنیك‌های مورد استفاده برای رسیدن به این اهداف بر سه اصل یادگیری زیر استوار است:

الف ـ تمام یادگیری‌ها با چارچوب مرجع یادگیرنده آغاز می‌شوند. یاری دهنده

HRD کار خود را با درگیر نمودن یاری شونده در فرایند کمك (مهارتهای حضور) آغاز می کند و سپس کاوش خود را (مهارتهای پاسخدهی) تسهیل می سازد.

ب ـ تمام یادگیری‌ها باید اوج خود را در مهارتهای عینی متجلی سازد. هدف کاوش عبارتند از افزایش درك نقاط قوت و ضعف رفتاری و شخصی یاری شونده به صورتی که او بتواند مهارت لازم را برای حل مشکل و نیل به هدف به دست آورد. یاری کننده این فرایند را به وسیله مهارتهای شخصی خود تسهیل می سازد.

ج ـ تمام یادگیریها باید قابل انتقال به زندگی واقعی باشد. در مرحله پایانی کمك، درك باید منتهی به عمل شود در غیر این صورت هدف گرچه شناخته شده است اما قابل دستیابی نیست. یاری کننده نیل به هدف را به وسیله تصمیم گیری خود و مهارتهای ایجاد برنامه تسهیل می سازد.

پارامترهای درمان

مربیان HRD در گروههایی با اندازه‌های مختلف کار می کنند اما معمولاً یك مربی با پانزده تا بیست نفر کارآموز کار می کند، ایده‌آل این است که گروه دوبار در هفته و هر بار به مدت هفتادوپنج تا نود دقیقه جلساتی داشته باشند و بسته به نوع هدف گروه، کارآموزی ممکن است بین پانزده تا دویست‌وپنجاه ساعت طول بکشد. اگر گروه کوچك باشد ترتیب نشستن به صورت دایره است و مربی نیز بین آنها قرار می گیرد و اگر گروه بزرگ باشد، شیوهٔ نشستن مثل سینما یا تئاتر خواهد بود و مربی در رأس این مثلث در جلو گروه قرار می گیرد. اندازه اتاق ملاقات بستگی به اندازه گروه دارد.

در مشاوره یك به یك، یاری کننده، هفته‌ای یك بار به مدت پنجاه تا شصت دقیقه یاری شونده را ملاقات می کند. جلسات تا زمانی که یاری شونده نیاز دارد ادامه پیدا می کند اما بندرت بیش از ده تا پانزده جلسه طول می کشد. دفتر یاری کننده باید تمیز و جذاب بوده و متشکل از عناصری باشد که چارچوب مرجع یاری کننده و یاری شونده را منعکس کند ـ به‌طوری که باعث شود یاری شونده احساس راحتی کند. (کارخوف و پیرس ۱۹۷۷)

مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از کارخوف و برنسون (۱۹۷۷، صفحات ۱۵۹ـ۱۵۵)

فرایند یادگیری با کاوش، درك و عمل شروع شده و خاتمه می‌یابد. سودمندی هر کاری بستگی دارد به اینکه آیا آن کار به هدف می‌رسد و یا پیشرفت به سوی هدف را تسهیل می‌کند. درك کامل به درجه‌ای بستگی دارد که اهداف می‌تواند عملی شود به ترتیبی که بتواند نیازها و تجربیات شخصی را منعکس سازد. تعریف تفصیلی که هدف و کارهایی که برای رسیدن به هدف باید انجام شود بستگی دارد به درك کامل این مطلب که یاری شونده از کجا آغاز می‌کند.

یاری شونده: فکر نمی‌کنم بتوانم دخترم را اداره کنم. او فقط هشت سال دارد ولی حاکم بر خانه است.

یاری کننده: تو احساس نگرانی می‌کنی چون کارها دارد از کنترل تو خارج می‌شود.

یاری شونده: همین حالا خارج از کنترل من هستند و نمی‌دانم چه بکنم.

یاری کننده: وقتی که فکر می‌کنی کنترل خودت و بچه‌ات را نداری آنوقت احساس ناامیدی می‌کنی.

یاری شونده: می‌دانم همه چیز از من است. هیچ چیزی درست نیست. نه خانه و نه بچه‌ها احساس حماقت می‌کنم.

یاری کننده: تو می‌ترسی چون چیزهایی را که قبلاً می‌توانستی کنترل کنی، الان نمی‌توانی اداره کنی.

یاری شونده: به نظر می‌رسد که من قبلاً باهوش بودم اما الان احمق هستم. حتی بچه‌ها هم از من باهوش‌ترند.

یاری کننده: تو برای خودت و بچه‌ها متأسفی چون نمی‌توانی کاری را که وظیفه یك مادر است، انجام دهی.

یاری کننده در حال ارتباط برقرار کردن است اینکه به یاری شونده گوش می‌دهد و او را به صورتی که خود را بیان کرده است، درك می‌کند. یاری شونده در گیری احساساتش را در ابتدا بیان ی کند مانند عدم کنترل خود، خانه و بچه‌هایش و همچنین احساسات مربوط به ناتوانی در انجام وظایف مادری را نیز کاوش می‌کند. مقدمه‌ای که در آخرین پاسخ یاری کننده به‌عنوان یك ابتکار ملایم به کار رفت، مشکل یاری شونده را شخصی کرد.

یاری شونده: همین‌طور است من مثل یك مادر فکر یا احساس نمی کنم زیرا که دخترم مرا اداره می کند.

یاری کننده: تو احساس درماندگی می کنی زیرا نمی توانی به خودت و یا دخترت کمك کنی.

یاری شونده: من باید بتوانم. هر کاری را امتحان کرده‌ام. بچه‌ها را در آغوش گرفتم؛ آنها را کتك زدم و گاه همه چیز رها کردم و آنها هم می دانند. کارها بدتر می شود.

یاری کننده: فشار زیادی را احساس می کنی زیرا که نمی توانی راهی را برای بازگشت به روزهای خوب پیدا کنی.

یاری شونده: مطمئن نیستم راه دیگری باقی مانده باشد. شاید هیچ پاسخی وجود نداشته باشد. اما باید پاسخی وجود داشته باشد.

یاری کننده: تو ترسیده‌ای زیرا نمی توانی مادری باشی، که دلت می خواهد باشی.

یاری شونده: من می خواهم، من واقعاً می خواهم یك مادر خوب باشم. به خود من بستگی دارد اما چگونه؟

یاری کننده ابتکار شخصی کردن مسأله‌را از طریق تأکید بر یاری شونده و نقش او به‌عنوان یك مادر انجام می دهد. بعلاوه یاری کننده به «بخش سخت» مشکل نگاه می کند و قدمهایی را برای تعریف هدف مرتبط شخصی یاری شونده برمی دارد: یعنی هدف مادری خوب بودن است. یاری شونده بتدریج هدف را می‌پذیرد و راهنمایی بیشتری را طلب می کند.

یاری کننده: تو از دست خودت عصبانی هستی زیرا نمی توانی مادری که می خواهی باشی. اما در عین حال نیز می خواهی یك مادر مؤثر باشی.

یاری شونده: اوه بله! این مهم ترین چیز در زندگیم بوده است. به همین دلیل هم اینقدر سخت در خانه یا مدرسه کار می کنم. سعی می کنم کارهایی را یاد بگیرم که مرا در خانه کمك می کند. باید خیلی زود از جایی شروع کنم. شاید از خودم باید شروع کنم.

یاری کننده: تو بی صبری نشان می دهی، چون زمان دارد می گذرد. هدف تو این است که دوباره مادر خوبی برای بچه‌هایت بشوی. شاید اولین قدمها این باشد که خودت را دریابی. اولین هدف باید این باشد که انرژی خودت را زیاد کنی و اولین قدم برای این کار این است که ببینی چقدر استراحت می کنی و بعد باید برای استراحت و آنچه که

بر انرژی تو تأثیر دارند، برنامه‌ریزی کنی.

یاری کننده نه فقط نخستین هدف را که به مشکل یاری شونده ارتباط دارد تعریف می کند بلکه بر برداشتن قدمهایی برای رسیدن به هدف تأکید می نماید.

کاربرد

از آنجا که دیدگاه HRD بر مهارتهای اساسی میان فردی به شکل آموزشی تأکید دارد لذا عملاً کاربردی نامحدود دارد. البته این دیدگاه به‌وسیله مهارتهای ارتباطی یاری کننده و همچنین توانایی یاری شونده برای دریافت و درك این ارتباطات محدود می‌شود. این روش برای کسانی که علاقه‌مند به یادگیری و قادر به آن کار هستند بیشترین اثر را دارد. مهارتهایی که در دیدگاه HRD وجود دارد می تواند منافع بسیار زیادی را برای همه افراد ذیربط داشته باشد و توسط مشاوران، معلمان، والدین، کتابداران و فروشندگان به کار رود. به‌طور خلاصه هر کس که با انسان دیگری ارتباط متقابل دارد می تواند از آن استفاده کند. کاربرد آن به زمینه‌های درمانی محدود نمی‌شود بلکه یك ابزار مؤثر است.

نقد

پشتوانه پژوهشی

مهارتهای حضور جندر[1] و موگان[2] در سال ۱۹۷۷ دربارهٔ حالت و ژست مشاور بر اساس ارزیابی های یاری شونده از حضور مشاور تحقیق کرده‌اند. در هر موردی که مشاور متمایل به جلو نشسته باشد، از طرف یاری شونده به‌عنوان توجه بیشتر یاری کننده تلقی شده است. پژوهش دیگر دربارهٔ ارتباط کلامی و غیر کلامی این نظریه را که بین حالت نشستن، مشاهده کردن و گوش دادن ارتباط وجود دارد را تأکید کرده است. (بیکر[3] ۱۹۷۱، محرابیان[4] ۱۹۷۲)

مهارتهای پاسخدهی پژوهشهای اولیه ارتباط میان مهارتهای شخصی یاری کننده

1. Gender
2. Movghan
3. Baker
4. Mehrabian

و کاوش خودیاری شونده‌را اشناسایی کرده‌اند. (کارخوف ۱۹۶۹، راجرز ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷) بعلاوه یك سری آزمایشات این نتیجه‌را تقویت نمودند. سطح کاوش خود (خودکاوی) یاری شونده می‌تواند تحت تأثیر سطح پاسخدهی متفاوت یاری کننده افزایش یا کاهش یابد. (کنون[1] وپیرس ۱۹۶۸، هولدر[2] و کارخوف وویلسون[3] ۱۹۷۸). نتایج این آزمایشات نشان داد زمانی که یاری کنندگان پاسخدهی بیشتری داشته‌اند، کاوش‌های یاری شونده حالت شخصی بیشتری داشته است، و هرگاه همان یاری کننده پاسخدهی کمتری داشت، کاوش‌های یاری شوندگان آنها نیز حالت شخصی کمتری داشت.

شخصی سازی در آزمایشات دیگر به مراجع آموزش دیده دستور داده شد که خود را در قسمت اول مصاحبه به‌طور عمیقی کاوش کند و در قسمت میانی جزئیات مصاحبه در مورد جزئیات نامربوط و غیرشخصی صحبت کند و در قسمت آخر به حالت واقعی و اصلی خود برگردد. مشاوران او از این دستورات بی‌خبر بودند. تحلیل نتایج نشان داد که در بخش میانی مصاحبه زمانی که مراجع شروع به جدا کردن خود از فضای درمان می‌کند، درمانگران فعالتر ابتکارات بیشتری را ارائه می‌دهند بدین معنی که سعی می‌کنند مطلب را تفسیر بیشتری کنند، فوری‌تر عمل کنند و بیشتر مواجهه داشته باشند و به درکشان از مسائل فوری یاری شونده جنبه شخصی بیشتری بدهند. (آلکسیك[4] و کارخوف ۱۹۶۷).

ابتکار اسمیت[5] (۱۹۷۶) گروهی از مشاوران را برای تعریف اهداف قابل مشاهده یاری شوندگان تربیت نمود و سپس نتایج مشاوره آنها را با گروه دیگری از مشاوران که آن آموزشها را ندیده بودند مقایسه کرد. در پایان هفته هشتم، مشاوره یاری شوندگانی که یاری کنندگان آنها برای تعریف اهداف آموزش دیده بودند، دست‌آوردهای بسیار بیشتری در شاخصهای مختلف به دست آوردند. ویلر[6] و میلر[7] (۱۹۷۸) دریافتند که رضایت مراجع

1. Cannon
2. Holder
3. Wilson
4. Alexik
5. Smith
6. Willer
7. Miller

و همچنین پیش‌بینی بازگشت او به حالت منفی قبلی هر دو به دستیابی به هدف ارتباط دارند. دیگر مطالعات آزمایشی نشان داده است که نتیجه کار به طور مؤثری از بازخورد نسبت به دستیابی به هدف (والك[1] ۱۹۷۲) و آموزش فن هدفگذاری (لاتمن[2] و رین[3] ۱۹۷۴) متأثر است. برنامه‌های هدفگذاری نشان داده‌اند که می‌توانند اثر مثبتی بر دنیای کار و تصمیم‌گیری اداری (آلدن[4] ۱۹۷۸) و همچنین آموزش ابراز وجود (فلاورز[5] ۱۹۷۸، فلاورز و گولدمن[6] ۱۹۷۶) داشته باشند.

در سال ۱۹۷۱ کارخوف پیشنهاد کرد که آموزش مراجعان مستقیماً با مهارتهایی که آنها در اجتماع بدان نیاز دارند، یك روش درمانی مؤثر است. پنج سال بعد تکنولوژی اجرای این نظر را تدوین کرد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۶): دیگران نیز کار وی را دنبال کردند (اویتر[7]، گوستافسون[8]، گورنی[9] و کاسدورف[10] ۱۹۷۵، ایوی[11] ۱۹۷۶، اسپرینتال[12] و موشر[13] ۱۹۷۱)، بسیاری از برنامه‌های آموزش مهارت به سوی مهارتهای میان فردی سوق داده شده است: مانند بیماران بستری شده روانی (پیرس و دراسگو[14] ۱۹۶۹، ویتالو[15] ۱۹۷۱)، والدین (کارخوف و بیرمن[16] ۱۹۷۰، رید[17]، رابرت[18] و فورهند[19] ۱۹۷۷)، گروههای مختلف نژادی (کارخوف و بنکس[20] ۱۹۷۰)، مشاوره زناشویی (وال[21] و مرینلی[22] ۱۹۷۵)، مشاوره دانشجویان (کابوش[23] و ادوارد[24] ۱۹۷۶) جوانان بزهکار (کولینگ‌وود[25]، دود[26]، ویلیام[27] و ویلسون[28] ۱۹۷۸)، گروههای اقلیت که ترك تحصیل

---

1. Walke
2. Lathman
3. Rinne
4. Alden
5. Flowere
6. Goldman
7. Authier
8. Gustafson
9. Guerney
10. Kasdorf
11. Ivey
12. Sprinthall
13. Mosher
14. Dragow
15. Vitalo
16. Bierman
17. Reed
18. Roberts
19. Forehand
20. Banks
21. Valle
22. Marinelli
23. Cabush
24. Edward
25. Collingwood
26. Douds
27. Williams
28. Wilson

کرده‌اند (برنسون، برنسون، برنسون، کارخوف، گریفیث[1] و رانسن[2] ۱۹۷۸)، و روابط بین نژادی (شیلینگ ۱۹۷۰).

ارزیابی

لامبرت[3] و جولیو[4] در سال ۱۹۷۷ ادعا کردند که پژوهش کارخوف از نظر متدولوژی ضعیف است. برخی از انتقادات آنان عبارتند از:

الف. او نتوانسته است ماهیت درمان آموزش را مشخص کند زیرا به نظر می‌رسد که این ماهیت در هر مورد متفاوت باشد.

ب. گروههای گواه در موارد مختلف با هم برابر نبودند و یا اصلاً وجود نداشتند.

ج. تعامل درمانی آزمون بیش از حد بود.

د. دستاوردهای کم (گرچه که در بعضی موارد نتایج آماری معنادار بود).

آثار اخیر کارخوف (کارخوف ۱۹۸۰، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶ـ۱۹۷۷) به انتقاد اول پاسخ کافی داده است و انتقاد آخر یعنی دستاوردهای کم، که البته ارزیابی واقعاً منصفانه‌ای نیست؛ مطالعات بسیار زیادی وجود دارد که یافته‌های کمی داشته است اما موارد بسیار بیشتری نیز وجود دارد که یافته‌های آن بسیار زیاد بوده است. (که این موارد را لامبرت و جولیو توجه نکرده‌اند) (فریل ۱۹۷۲، مگاتلین و پورتر ۱۹۶۹، شیلینگ ۱۹۷۰، ۱۹۷۶).

از انتقادات دیگر تا جایی که مربوط به مطالعات لامبرت و جولیو می‌شود بسادگی نمی‌توان گذشت. باید منتظر یك مطالعه دیگر دربارهٔ ماهیت و مفاد کار لامبرت و جولیو بود و امیدوار بود که پژوهش اخیر کارخوف و همکارانش همان مشکلات روش‌شناختی را نداشته باشد. در عین حال ادبیات فزاینده‌ای که دربارهٔ دیدگاه HRD در حال حاضر به وجود آمده است و مطالب زیادی که از خلال نوشته‌های HRD به دست می‌آید، مخصوصاً کمیت

1. Griffith
2. Ransen
3. Lambert
4. Dejulio

و کیفیت شهادتنامه‌هایی که از استفاده کنندگانی (یاری دهندگان و یاری شوندگان) که از این روش راضی بودند به دست آمده است همگی نشان می‌دهد که صرفنظر از مسائل روش شناختی، دیدگاه HRD مطالب خوب قابل ارائه‌ای دارد.

ارزیابی خود من از الگوی HRD این است که علی‌رغم مشکلات روش‌شناختی، زبان مشکل و رویکرد به ظاهر مغرورانه، این دیدگاه یکی از امیدوارکننده‌ترین دیدگاهها است که در این کتاب وجود دارد. به نظر من دیدگاه HRD بیشتر از هر دیدگاه دیگری احتمالاً به استثنای واقعیت درمانی با مردم واقعی و در یك دنیای واقعی سر و کار دارد از این نظر که تلاش می کند همه واقعیات را در مورد یك موقعیت (مراجع و مشکلش) کشف نماید، بدون آنکه آنها را از فیلتر پیش‌داوری بگذراند. این دیدگاه از این نظر که در جستجوی چیزی است که در این موقعیت کار کند و نه در جستجوی اکسیری که به درد همه موقعیت‌ها بخورد، یك دیدگاه واقعاً عملی است. این دیدگاه حقیقتاً مجموعه‌ای است از عناصر گلچین شده، زیرا در چارچوب اصول یادگیری جنبه‌هایی از دیدگاههای دیگر را که بیشترین اثر را دارند گرفته و آنها را در زمان و جایی که قابلیت استفاده بیشتر دارند به کار می گیرند. این روش یك روش حقیقتاً همگانی است زیرا استفاده از آن به شخصیت بنیانگذار آن وابسته نیست و یك ساختار تکنولوژیك است یعنی هر وقت از آن درست استفاده شود مؤثر خواهد بود.

فصل یازدهم

سخن پایانی

دیدگاه من در مورد دیدگاهها

اکنون در پایان کتاب همه چیز در پیش روی شماست اما آن چیزها کدام است؟ نُه دیدگاه یا نظریه و یا عقاید مخلوط از افکار از هم گسیخته، احتمالاً از پیرمردانی بدخلق! و یا... بسیاری از نویسندگانی که اینچنین متونی را تألیف می کنند، (بورس[1] و استفلر[2] ۱۹۷۹، هَنسن[3] ۱۹۸۲، پاترسون[4] ۱۹۸۰) عموماً قبول دارند که این مطالب مجموعه‌ای از نظریه‌های رسمی را ارائه نمی کند و البته نمی توان آنها را عقایدی از هم گسیخته دانست و همین طور نمی توان همه طرفداران و توضیح دهندگان آن را پیرمردانی بدخلق فرض کرد. به عقیدهٔ من «دیدگاههای مشاوره» بر دیدگاههایی از ماهیت انسان استوار است و به شیوه‌ای عادلانه مجموعه آنها را توضیح داده و تشریح می کند. اما بالاخره با این بیانات شما چه

1. Burks
2. Stefflre
3. Hansen
4. Patterson

چیزی پیش رو دارید؟ چیزی که من می‌خواهم در این مورد بگویم این است که هیچیك از آن موارد را نمی‌توان به عنوان یك «کتاب مقدس» یا «انجیل» تلقی نمود. لفظ نظریه، کمی آدم را می‌ترساند. اگر هریك از این دیدگاهها به واقع یك نظریه می‌بودند آنوقت من خود را مجبور می‌دیدم که پاشنه کفش خود را کشیده و با آن نظریه پیش بروم. حتی اگر در بین آنها بیش از یك نظریه واقعی پیدا می‌شد، من دچار مشکل زیادی می‌شدم. لذا از آنجایی که آنها فقط دیدگاهی بیش نیستند، پس من می‌توانم به آنها به عنوان دیدگاهی ناظر بر ماهیت و رفتار انسان نگاه کنم و به خودم تکیه کرده و افکار خود را تدوین نمایم.

من با دیدگاه فروید احساس راحتی نمی‌کنم. بخشی از آن به این خاطر است که من عموماً از الگوی پزشکی خوشم نمی‌آید «بیمار» (کسی که رنج می‌کشد) عنوانی نیست که من دوست داشته باشم که به من اطلاق کنند. من حتی زمانی که منتظر ملاقات پزشك هستم نیز کمتر خود را بیمار می‌دانم. من از هیبت نبوغ فروید می‌ترسم. حتی آنهایی که کاملاً با او موافق نیستند، در مورد احترام به او به خاطر استعداد خلاقش در ایجاد پل ارتباطی بین جنبه‌های فیزیکی و روانی ماهیت و رفتار انسان با من هم عقیده هستند و معتقدند که جهش او بی‌شباهت به آزمایش کریستف کلمب در مورد مسطح بودن زمین نیست. در حالی که دیدگاه فروید ممکن است ارتباط بسیار کمی با مشاوره امروزی داشته باشد، اما همه ما خوب به خاطر داریم که اگر فروید و دیدگاه تخیلی او نبود، هیچیك از ما نمی‌توانست مشاور باشد.

کارل راجرز نیز یك نابغه است (نوشتن در مورد یك نابغه گرچه که کمی مشکل است اما راضی کننده‌تر می‌باشد)[1] راجرز زمانی قدم به میدان گذاشت که مشاوران می‌خواستند به درمانگری بپردازند همان طور که پرستاران می‌خواستند کار پزشکی انجام دهند. پیش از جنگ دوم جهانی و کمی بعد از آن مشاوران اجازه نداشتند «درمان» کنند و مشاوره تنها محدود به توصیه‌های تحصیلی و شغلی بود. روانکاوی تنها موضوع مطرح شده بود و مشاوره و مشاوران، محلی از اعراب نداشتند زیرا کسی چیزی دربارهٔ آنها نشنیده بود.

۱. این متن در زمان حیات راجرز نوشته شده است. (م)

راجرز همه آن وضعیت را دگرگون ساخت. او نه فقط مشاوره و نه حتی روان‌درمانی بلکه تمام روان‌شناسی را به عنوان یك «علم انسانی» حرکت داد و آن را از اعصار تاریك به سوی نور هدایت نمود. به کار او ـ همان‌طور که واقعاً خودش اطلاق می کند ـ یك انقلاب آرام گفته می‌شود. خلاقیت انقلاب راجرز کمتر از فروید نبود و حتی بسیار واقعی‌تر از آن بود. انقلاب آرام او نقشه مشاوره و درمان، آموزش، و همه اشکال مختلف روابط میان فردی از جمله روابط بین‌المللی را دگرگون ساخت. قلب انقلاب او ـ با تمرکز بر چارچوب مرجع مراجع ـ به طور اعجاب‌انگیزی ساده است. نبوغ راجرز در این است که او این موضوع را زمانی دید که شخص دیگری آن را ندیده بود. دیگر مشارکت عمده راجرز تأکید بر اهمیت و برتری خود یا خودپنداره است: منظور آن دیدگاه درونی شکننده، اخطارکننده‌ای که مشخص می کند ما کیستیم و چگونه هستیم. او همه رفتارها را در جهت حمایت از خود یا بالابردن خود می‌دید. بنابراین او حکم کرد که مشاوره باید به سمتی هدایت شود که خود را آزاد و آن را به «خود واقعی» تبدیل نماید.

به عقیده من نابغه دیگری که دارای مقام بلندی نظیر آن دو نفر دیگر است، رابرت کارخوف می‌باشد. نبوغ او نه تنها در طراحی نقشه (مانند فروید و راجرز) است بلکه او به ما نشان می‌دهد که چگونه آن طرح و نقشه را به اجرا دربیاوریم. اگر فروید موضوع ماهیت و رفتار انسان را از عصر حجر بیرون آورد و به قرون وسطی رسانید و راجرز ما را از دیدگاههای قرون وسطایی به زمان حاضر آورد، کارخوف ما را به سوی آینده هدایت می‌کند. نبوغ او در این است که از همه عقاید سلف خویش استفاده کرده و گفته است که انسانها می توانند بیش از آنچه هستند باشند و مسیری را طراحی نمود که در آن مسیر به آنها آموزش بدهیم که چگونه این کار را انجام دهند. فروید به ما آموخت آنچه نمی‌دانیم می تواند به ما زیان برساند. راجرز به ما یاد داد که ما می توانیم بیشتر از آنچه هستیم بشویم و کارخوف به ما آموخت که چگونه می توانیم از اولی دوری کرده و به دومی برسیم. الگوی HRD به عنوان یك الگوی درمانی برای من منطقی‌تر به نظر می‌رسد. زیرا که منظم و به واقع برگزیده است. این الگو از روشهای مجرّب در زمانهایی استفاده می کند که برای مراجع بیشترین اثر را دارد. چیزی به نام اکسیر، معالجه مطلق و ابزاری برای همه شرایط وجود

ندارد. من دریافتم که الگوی HRD برایم بهتر است زیرا با مراجعان و با انواع مشکلات بیشتری نسبت به رویکردهای دیگر می‌توان آن را مورد استفاده قرار داد زیرا که انعطاف‌پذیرتر و عملی‌تر است.

خوب، پس دیگران چه می‌شوند؟ آدلر، برن، الیس، گلاسر، پرز و رفتار گرایان؟ آیا آنها نابغه نبودند؟ آنها از این نظر که هر یك چکش و آچار خود را ساختند نابغه بودند اما نه از این نظر که توانسته باشند یك نظم جدید و یا مجموعه کاملی نظیر فروید، راجرز و یا کارخوف را درست کنند. مشاوری که مشارکت این دیدگاهها را مردود می‌داند، ابزار اساسی برای کارش را نادیده می‌گیرد. اما اگر کار آنها را مشارکت بدانیم، دارای آنچنان نظمی که دیدگاه فروید، راجرز و کارخوف دارند نمی‌باشند.

نکته آخر که فکر می کنم مهم‌تر از بقیه نکات است این است که: زمانی که شما رودرروی یك مراجع قرار می گیرید، اینکه ببینید کدام دیدگاه توسط کدام نابغه ایجاد شده است موضوعی کاملاً بی‌ربط می‌باشد. آنچه که مهم است این است که شما باید مؤثرترین مشاوری باشید که در آن لحظه می توانید باشید. شما نمی‌توانید ـ تکرار می کنم نمی‌توانید ـ یك مشاور مؤثر باشید، اگر سعی کنید فروید، راجرز یا کارخوف و یا هر کس دیگری بجز خودتان باشید، شما باید از این استادان و هر کس دیگری که به شما آموخته است یاد بگیرید. اما نباید به خودتان اجازه بدهید که در چارچوب دیدگاه آنها نهادینه شوید و یا در نظام هر کس دیگری از حرکت باز ایستید.

اینها چیزهایی هستند که من فکر می کنم. شما چه فکر می کنید؟ علاقه دارم بدانم که شما چه فکر می کنید لطفاً برای من بنویسید.

منابع و مراجع

فصل اول

ALLEN, T. Effectiveness of counselor trainees as a function of psychological openness. *Journal of Counseling Psychology*, 1967, 14, 35 - 40.

AMERICAN MENTAL HEALTH COUNSELOR'S ASSOCIATION. The Board of Certified Professional Counselors procedures. *American Mental Health Counselor's Association Journal*, 1979, 1, 23-38.

AMERICAN PERSONNEL AND GUIDANCE ASSOCIATION, *Licensure Committee action packet.* Washington. D.C.: 1980.

ANSBACHER, H. L. Individual psychology. In R. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL: F. E. Peacock, 1977.

BRAMMER. L. M., & SHOSTROM, E. L. *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.

BURKS, H. M., & STEFFLRE. B. *Theories of counseling*. New York: McGraw-Hill, 1979.

BURTON, A. The integration of behavior change. In A. Burton (Ed.), *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel, 1976.

CARKHUFF, R. R. *The counselor's contribution to facilitative processes.* Urbana, IL: R. W. Parkinson, 1966.

CARKHUFF, R. R. *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers*, Vol. I. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.

CARKHUFF, R. R. *Toward actualizing human potential.* Amherst, MA.: Human Resource Development Press, 1981.

CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1967.

CARKHUFF, R. R., & BERENSON. B. G. *Teaching as treatment: An introduction to counseling and psychotherapy*. Amherst. MA.: Human Resource Development Press, 1976.

CARKHUFF, R. R., & BERENSON. B. G. *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977.

COMBS, A. W., & SOPER. D. L. Helping relationships as described by good and bad teachers. *Journal of Teacher Education*, 1963, 14, 64 - 67.

CORSINI, R., & ROSENBERG. B. Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 1955, 406-411.

DINKMEYER, D., & DREIKURS, R. *Encouraging children to learn*. New York: Hawthorn Books, 1963.

EYSENCK, H. J. The effects of psychotherapy. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. New York: Basic Books, 1961.

FORD, D. H., & URBAN, H. B. *Systems of psychotherapy: A comparative study*. New York: Wiley, 1963.

FRANK, J. D., HOEN-SARIC. R., IMBER. S. D., LIBERMAN, B. L., & STONE. A. R. *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.

HALL, C. S., & LINDZEY, G. *Theories of personality* (2nd ed.). New York: Wiley, 1970

HAHN, M. E., & MACLEAN, M. S. *Counseling psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill, 1955.

LIEBERMANN, M. A., YALOM, I. D., & MILES. M. B. *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books, 1973.

LOUGHARY, J. W., STRIPLING, R. O., & FITZGERALD, P. W. (Eds.). *Counseling: A growing profession*. Washington, DC: American Personnel and Guidance Association, 1965.

MADDI, S. R. *Personality theories: A comparative analysis*. Homewood, III.: Dorsey, 1968.

MARMOOR, J. common operational factors in diverse approaches to behavior change. In A. Burton (ed.), *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel, 1976.

MASLOW, A. H. *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1968.

MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row, 1970.

PATTERSON. C. H. *Theories of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York: Harper & Row, 1980.

PRICE, R. H. *Abnormal behavior: Perspectives in conflict*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1972.

ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 22, 95-103.

ROGERS, C. R. Toward becoming a fully-functioning person. In A. Combs (Ed.), *Perceiving, behaving, becoming*. Washington, DC: Association for Supervision and Curriculum

Development, 1962.

SCHOBEN, C. Toward a concept of the normal personality. *American Psychologist*, 1957, 12, 183-190.

STEFFLRE, B., & METHANEY, K. *The function of counseling theory*. Boston: Houghton Mifflin, 1968.

SUE, D. W., *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley, 1981.

TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. *Thoward effective counseling and psychotherapy* Chicago: Aldine, 1967.

TYLER, L. *The work of the counselor (3rd ed.)*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.

WOLBERG, L. R. *The technique of psychotherapy* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton, 1967.

YALOM, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1975.

فصل دوم

ABELES, N. Psychodynamic theory. In H. M. Burks, Jr., & B. Stefflre, *Theories of counseling* (3rd ed.), New York: McGraw-Hill, 1979.

ALEXANDER, F. M., *Psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Norton, 1956.

ALLEN, G. J. *Understanding psychotherapy: Comparative perspectives*. Champaign, IL: Research Press, 1977.

AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION, *Standards for Training in Psychoanalysis*. New York: Author, 1980.

Carkhuff, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977.

Dewald, P. A., *The psychoanalytic process: A case illustration*. New York: Basic Books, 1972.

FINE, R. Psychoanalysis. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F. E. Peacock, Publishers, 1973.

FREUD, A. *The ego and the mechanisms of defense* (rev. ed.). New York: International Universities Press, 1966.

FREUD, S. *New introductory lectures on psychoanalysis*. New york: W. W. Norton, 1933.

FREUD, S. *On the history of the psychoanalytic movement, 1914*. Standard Edition, Vol. III. London: Hogarth Press, 1962.

LUBORSKY, L., & SPENCE, D. P. Quantitative research on psychoanalytic therapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, 1978.

MACK, J. E., & SEMRAD, E. V. Classical psychoanalysis. In A. M. Freeman, H. I. Kaplan, & H. S. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1967.

PRICE, R. H., *Abnormal behavior: Perspectives in conflict*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1972.

RADER, G. E. Psychoanalytic therapy. In D. C. Rimm, & J. W. Somervill, *Abnormal psychology*. New York: Academic Press, 1976.

ROSENZWELG, S., *Freud, June, and the kingmaker: The visit to America, 1909*. St. Louis: Rana House, 1977.

STEWART, R. L., & LEVINE, M. Psychoanalysis and psychoanalytic therapy. In A. M. Freeman, H. I. Kaplan, & H. S. Kaplan (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1967.

STRUPP, H. H., *Psychotherapy: Clinical, research, and theoretical issues*. New York: Jason Aronson, Inc., 1973.

TRAINING INSTITUTIONS APPROVED BY THE AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION

Baltimore-District of Columbia Institute for Psychoanalysis, 821 North Charles Street, Baltimore, Maryland 21201

Boston Psychoanalytic Society and Institute, Inc., 15 Commonwealth Avenue, Boston, Massachusetts 02116

Chicago Institute for Psychoanalysis, 180 North Michigan Avenue, Chicago, Illinois 60601

Cincinnati Psychoanalytic Institute, 2600 Euclid Avenue, Cincinnati, Ohio 45219

Cleveland Psychoanalytic Institute, 11328 Euclid Avenue, Cleveland, Ohio 44106

Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research, 722 West 168th Street, New York, New York 10032

Denver Institute for Psychoanalysis University of Colorado School of Medicine, 4200 East 9th Avenue, Denver, Colorado 80262

Houston-Galveston Psychoanalytic Institute, 5300 San Jacinto, Suite 145, Houston, Texas 77004

Institute of the Philadelphia Association for Psychoanalysis, 15 St. Asaph's Road, P. O. Box 36, Bala-Cynwyd, Pennsylvania 19004

Los Angeles Psychoanalytic Society and Institute, 2014 Sawtelle Boulevard, Los Angeles, California 90025

Michigan Psychoanalytic Institute, 16310 West 12 Mile Road, No. 204, Southfield, Michigan 48076

New Orleans Psychoanalytic Institute, Inc., 3624 Coliseum Street, New Orleans, Louisiana 70115

New York Psychoanalytic Institute, 247 East 82nd Street, New York, New York 10028

Philadelphia Psychoanalytic Institute, 111 North 49th Street, Philadelphia, Pennsylvania 19139

Pittsburgh Psychoanalytic Institute, Suite 200, 211 North Whitfield Street, Pittsburgh, Pennsylvania 15206

Psychoanalytic Institute of New England, East Inc., P. O. Box 56, Arlington Heights, Massachusetts 02175

Psychoanalytic Institute, New York University Medical Center, Bellevue Psychiatric Hospital, 30th St. and First Ave., New York, New York 10016

St. Louis Psychoanalytic Institute, 4524 Forest Park Avenue, St. Louis, Missouri 63108

San Diego Psychoanalytic Institute, 817 Silverado St., Lajolla, California 92037

San Francisco Psychoanalytic Institute, 2420 Sutter Street, San Francisco, California 94115

Seattle Psychoanalytic Institute, 4029 East Madison Street, Seattle, Washington 98112

Southern California Psychoanalytic Institute, 9024 Olympic Boulevard, Beverly Hills, California 90211

Topeka Institute for Psychoanalysis, Box 829, Topeka, Kansas 66601

University of North Carolina-Duke University Psychoanalytic Training Program, Department of Psychiatry, University of North Carolina School of Medicine, 239 Old Nurses Dorm, Chapel Hill, North Carolina 27514

Washington Psychoanalytic Institute, 4925 MacArthur Boulevard, N. W., Washington, D. C. 20007

Western New England Institute for Psychoanalysis, 340 Whitney Avenue, New Haven, Connecticut 06511

فصل سوم

ALLEN, T. W., The individual psychology of Alfred Adler: An item of history and a promise of a revolution, *The counseling psychologist, 3* (1), 1971, pp. 3-24.

ANSBACHER, H. L. Individual psychology, in, R. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL.: F. E. Peacock, Publishers, 1977.

ANSBACHER. H. L., & ANSBACHER. R. R. (EDS.) *The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings.* New

York: Basic Books, 1956.

CARKHUFF, R. R. *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers* (2 vols.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.

DILORETTO, A., *Comparative psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1971.

DINKMEYER, D., & DREIKURS, R. *Encouraging children to learn*. New York: Hawthorn Books, 1963.

DINKMEYER, D., PEW, W. L., & DINKMEYER, D. J. *Adlerian counseling and psychotherapy*. Monterey, Calif.: Wadsworth, Inc., 1979. Reprinted by permission of Brooks/Cole Publishing Company.

DREIKURS, R., & CASSEL, P. *Discipline without tears* (2nd ed.). New York: Hawthorn Books, 1972.

ELLIS, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1957, 13, 344-350.

FRANK, G. D., HOEN-SARIC, R., IMBER, S. D., LIBERMAN, B. L., & STONE, A. R. *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.

FURTMULLER, C. Alfred Adler: A biographical essay. In H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (eds.). *Superiority and social interest*. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1964.

GARFINKEL, M. I., MASSEY, R. F., & MENDEL, E. Charles. Adlerian guidelines for counseling. In G. S. Belkin (Ed.), *Counseling directions in theory and practice*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt, 1976. Used by permission.

KERN, R., Professor and Coordinator, Family Education Center, Georgia State University, Atlanta, Georgia. Personal correspondence, May 4, 1982.

LOWE, R. N. Goal recognition. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*, Springfiled, IL: Charles C Thomas, 1971.

MOSAK, H. H., Life style. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*, Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.

MOSAK, H. H., & DREIKURS, R. Adlerian psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F. E. Peacock, Publishers, 1973.

NIKELLY, A. G. Basic processes in psychotherapy. In A. G. Nikelly (Ed.). *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971a.

NIKELLY, A. G. Developing social feeling in therapy. In A. G. Nikelly (Ed.), Techniques for behavior change, Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971b.

Nikelly, A. G. Fundamental concepts of maladjustment. In a. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for bewavior change*, Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971c.

NIKELLY, A. G. Private logic. In A. G. Nikelley (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas 1971d.

NIKELLY, A. G., & BOSTROM. J. A. Psychotherapy as reorientation and readjustment. In

A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.

NIKELLY, A. G., & VERGER, D. Early recollections. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.

PAPANEK, H. Alfred Adler, In A. M. Freeman, H. I. Kaplan, & K. S. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, Md: The Williams & Wilkins Co., 1967.

ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESSLER, D. J., & TRUAX, C. B. *The therapeutic relationship and its impact*. Madison, Wis: University of Wisconsin Press, 1967.

RYCHLAK, J. F. *Introduction to personality and psychotherapy: A theory-construction approach*. (2nd ed.) Boston: Houghton Mifflin, 1981.

SHULMAN, B. H. *Contributions to individual psychology*. Chicago: Alfred Adler Institute, 1973.

SHULMAN, B. H., & NIKELLEY, A. G. Family constellation. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.

TRAUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1967.

ADLERIAN INSTITUTES

Region I - West

Alfred Adler Institute of Mountain States, Box 8225, Idaho State University, Pocatello, Idaho 83209 (208/236-3156)

Mountain Institute for Mankind Gold Hill Boulder, Colorado 80302

Western Institute for Research and Training in Humanities, 226 Stanford Avenue, Berkeley, California 94708 (415/524-4929)

Region II - Midwest

Alfred Adler Institute of Chicago, 159 N. Dearborn Street, Chicago, Illinois 60601 (312/346-3458)

Alfred Adler Institute of Fort Wayne, 1812 Fort Wayne National Bank Building, Fort Wayne, Indiana 46802 (219/422-9622)

Alfred Adler Institute of Minnesota, Suite 128, 5009 Excelsior Blvd., Minneapolis, Minnesota 55416 (612/926-6511)

Rudolf Dreikurs Institute for Social Equality, 1725 Emerson Ave. South, Minneapolis, Minnesota 55403

Region III - South

Adlerian Summer Workshops, c/o Francis X. Walton, 660 Townes Road, Columbia, South Carolina 29210

Institute for Creative Community Living, c/o Dr. Pattye Weaver Kennedy, 2243 West Alabama, Houston, Texas 77098

Region IV - Middle-Atlantic

The Adler-Dreikurs Institute of Human Relations, Harold V. McAbee, Director, Bowie State College, Bowie, Maryland 20715

Alfred Adler Institute of Cleveland, 14625 Detroit Ave., Suite 203, Lakewood, Ohio 44107

Alfred Adler Institute of Dayton, 122 E. Apple Street, Dayton, Ohio 45409 (513/274-6329)

Alfred Adler Institute of Toledo, c/o Keith Wiggins, 857 Maple Lane, Waterville, Ohio 43566

Region V - Northeast

Alfred Adler Institute of New York, 37 West 65th Street, New York, New York 10023 (212/874-2427)

Alfred Adler Institute of Ontario, 4 Finch Ave. West, Suite 10, Willowdale, Ontario Canada M2N 2G5

Alfred Adler Institute of Rhode Island, c/o Woonsocket Family and Child Service, 8 Court Street, Woonsocket, Rhode Island 02895 (401/762-5656)

Alfred Adler Mental Hygiene Clinic, 37 West 5th Street, New York, New York 10023

A PARTIAL LIST OF GRADUATE PROGRAMS EMPHASIZING THE ADLERIAN APPROACH

PROGRAM	DIRECTOR (1983)
Bowie State University	Dr. Harold McAbee
Florida State University	Dr. Donald Kelley
Georgia State University	Dr. Roy Kern
Graduate Center of West Virginia	Dr. James Bitter

University of Arizona	Dr. Oscar Christianson
University of California	Dr. Richard Kopp
University of South Dakota	Dr. Frank Main
University of Idaho	Dr. Thomas Edgar
University of Nevada	Dr. William Marchant
University of Texas	Dr. Guy Manchester
University of Vermont	Dr. H. L. Ansbacher
West Virginia University	Dr. Michael Yura

فصل چهارم

BERNE, E. *Transactional analysis in psychotherapy.* New York: Grove Press, 1961.

BERNE, E. *Games people play.* New York: Grove Press, 1964.

BERNE, E. *Principles of group treatment.* New York: Oxford University Press, 1966.

BERNE, E. *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press, 1972.

CORSINI, R. A medley of current personality theories. In R. Corsini (Ed.), *Current Personality theories.* Itasca, IL.: F. E. Peacock Publishers, 1977.

ELSON, S. E. Recent approaches to counseling: Gestalt, transactional analysis, and reality therapy. In H. M. Burks & B. Stefflre (Eds.), *Theories of counseling* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1979.

HARRIS, T. A. *I'm OK - you're OK: A practical guide to transactional analysis.* New York: Harper & Row, 1969.

HOLLAND, G. A. Transactional analysis. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies.* Itasca, IL.: F. E. Peacock, Publishers, 1973.

INTERNATIONAL TRANSACTIONAL ANALYSIS ASSOCIATION, INC. Classification of memberships. ITAA, 1772 Vallejo St., San Francisco, CA, 94123. January, 1981.

JAMES. M., & JONGEWARD. D. *Born to win: Transactional analysis with gestalt experiments.* Reading, MA.: Addison-Wesley, 1971.

KARPMAN, S. B. Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin, 1968, 7, 39- 43.*

PATTERSON, C. H. *Theories of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York: Harper & Row, Publishers, 1980.

STEINER, C. M. *Scripts people live: Transactional analysis of life scripts.* Copyright © 1974 by Claude Steiner. New York: Grove Press, 1974.

WOLLAMS, S., & BROWN, M. *The total handbook of transactional analysis.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1979.

فصل پنجم

ADLER, A. *Social interest: A challenge to mankind.* New York: Capricorn Books, 1964.

BARD, J. A. *Rational emotive therapy in practice.* Champaign, IL.: Research Press, 1980.

BELKIN, G. S. *An introduction to counseling.* Dubuque, IA.: Wm. C. Brown, 1980.

DIGIUSEPPI, R. A., & MILLER. N. J. A review of outcome studies on rationalemotive therapy. In A. Ellis & R. Greiger, *Handbook of rational-emotive therapy.* New York: Springer Publishing Co., 1977.

DILORETTO, A. *Comparative psychotherapy.* Chicago: Aldine, 1971.

ELLIS, A. Rational-emotive therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies.* Itasco, IL.: F. E. Reacock, Publishers, 1973, chap. 5.

ELLIS. A. The treatment of a psychopath with rational psychotherapy, in S. J. Moore & R. I. Watson, psychotherapies: A comparative casebook. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977, chap. 14.

ELLIS, A The rational-emotive approach to counseling. In H. M. Burks, Jr., & B. Stefflre, *Theories of counseling* (3rd. ed.). New York: McGraw-Hill, 1979.

ELLIS, A. Personal correspondence, April 14, 1982.

ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy,* New York: Lyle Stuart, 1962.

EllIs, A., & Greiger, R. *Handbook of rational-emotive therapy.* New York: Springer Publishing Co., 1977.

HEITLER, J. B. Preparatory techniques in initiating psychotherapy with lowerclass, unsophisticated patients, *Psychological Bulletin,* 1976, 83, 339-352.

KANTER, N. J. *A comparison of self-control, desensitization, and systematic retional restructuring for the reduction of interpersonal anxiety.* Unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Stoney Brook, 1975.

MAHONEY, M. J., & ARNKOFF, D. B. Cognitive and self-control therapies. In S. L. Carfield & A. E. Bergen (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.) New York: John Wiley and Sons, 1978, Chap. 18.

MAULTSBY, M. C., JR. Rational-emotive imagery. *Rational Living,* 1971, 6(1), 24-26.

PATTERSON, C. H. *Theories of counseling and psychotherapy.* (3rd ed.). New York: Harper & Row, 1980, Chap. 2.

ROGERS, C. R. *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin, 1951.

RUSH, A. J., KHATAMI, M., & BECK, A. T. Cognitive and behavioral therapy in chronic depression, *Behavior Therapy,* 1975, 6, 398-404.

TIEGERMAN, S. *Effects of assertive training and cognitive components of rational therapy on the promotion of assertive behavior and the reduction of interpersonal*

anxiety. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University, 1975.

WOLFE, J. L. *Short-term effects of modeling/behavior rehearsal, modeling/behavior rehearsal plus rational therapy, placebo, and no-treatment on assertive behavior.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, 1975.

فصل ششم

BRANNON, J. M. The impact of teacher stage of concern and level of use of a modified reality therapy discipline program on selected student behaviors: A discriminant analysis approach. Doctoral dissertation, University of Mississippi, 1978. *Dissertation Abstracts International*, 1978, 38 (7-A), 4037.

BROWNING, B. D. Effects of reality therapy on teacher attitudes, student attitudes, student achievement, and student behavior. Doctoral dissertation, North Texas State University, 1979. *Dissertation Abstracts International*, 1979, 39 (7- A), 4010-4011.

DREIKURS, R., & GREY, L., *A new approach to discipline: Logical consequences*. New York: Hawthorn Books, 1968.

ELSON. S. E. Recent approaches to counseling: Gestalt therapy, transactional analysis, and reality therapy. In H. M. Burks & B. Stefflre, *Theories of counseling* (3rd ed.) New York: McGraw-Hill, 1979.

ENGLISH. J. *The effects of reality therapy on elementary-age children*. Paper for the California Association of School Psychologists and Psychometrists, Los Angeles, CA., March, 1970.

EVANS, D. B. What are you doing? An interview with William Glasser. *Personnel and Guidance Journal*, 1982, 60, 460-465.

GANG, M. J. Empirical validation of a reality therapy intervention program in an elementary school classroom, Doctoral dissertation, University of Tennessee, 1975, *Dissertation Abstracts International*, 1975, 35 (8 - B), 4216.

GLASSER, W. *Reality therapy: A new approach to psychiatry*, New York: Harper & Row, 1965.

GLASSER, W. *Schools without failure*. New York: Harper & Row, 1969.

GLASSER, W. *The identity society*. New York: Harper & Row, 1972.

GLASSER, W. Reality therapy. in V. Bender, A Bender, & B. Rimland (Eds.). *Modern therapies*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1976.

GLASSER, W. Personal correspondence, April 12, 1982.

GLASSER, W., & ZUNIN, L. M. Reality therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL.: F. E. Peacock, Publishers, 1973.

HAWES, R. M. Reality therapy in the classroom. Doctoral dissertation, University of the

Pacific, 1971. *Dissertation Abstracts International*, 1971, 32 2483 - A.

LASPINA, A. V. The effect of applied reality therapy methods upon creative thinking and behavior. Doctoral dissertation, University of Southern Mississippi, 1976. *Dissertation Abstracts International*, 1976, 37 (4- A), 1981.

MINK, O. G., & WATTS, G. E. *Reality therapy and personalized instruction: A success story*, 1973, (ERIC Document Reproduction Service No. ED 115323).

REILLY, D. Glasser without failure, *Human Behavior*, 1973, 2, 16-23.

ROGERS, C. R. *Freedom to learn*. Columbus, OH.: Charles E. Merrill, 1969.

ROTTER, J. Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80, 1-28.

SHEARN, D. F., & RANDOLPH, D. L. Effects of reality therapy methods applied in the classroom. *Psychology in the schools*, 1978, 15 (1) 79-82.

فصل هفتم

ALBERTI, R. E., EMMONS. M. L: *Your perfect right* (2nd ed.). San Luis Obispo, CA: Impact Press, 1970.

AYLLON, T., & AZRIN, N. H. *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*, New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.

BANDURA, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.

BANDURA, A., BLANCHARD, E. B., & RITTER, R. The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969, 9, 173-199.

BANDURA, A., & PERLOFF, B. Relative efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcement systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1967, 7, 111-116.

BANDURA, A., & WALTERS, R. H. *Adolescent aggression*. New York: Ronald Press, 1959.

BLAKE, B. G. The application of behavior therapy to the treatment of alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 1965, 3, 75-85.

BLANCHARD, E. B. Brief flooding treatment for a debilitating revulsion. *Behavior Research and Therapy*, 1975, 13, 193-195.

CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977, Chap. 8.

DAVISON, G. E. Systematic desensitization as a counterconditioning process. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 91-99.

DEMOOR, W. Systematic desensitization vs. prolonged high intensity stimulation (flooding). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 1970, 1, 45-52.

EMERY, J. R., & KRUMBOLTZ, J. D. Standard vs. individual hierarchies in desensitization to reduce test anxiety. *Journal of Counseling Psychology,* 1967, 14, 204-209.

EYSENCK, H. J. *Behavior therapy and the neuroses.* New York: Pergamon, 1960.

FELDMAN, M., & MAC CULLOCH, M. *Homosexual behavior: Theory and assessment.* Oxford: Pergamon Press, 1971.

FITCHETT, S.M., & SANFORD, D.A. Treatment for habitual gambling. In J.D. Krumboltz & C. E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1976, 138-144.

HALL.S.M. Self-Control and therapist control in behavioral treatment of over-weight women. *Behavior Research and Therapy,* 1972, 10, 59-68.

HEDQUIST, F.J., & WEINGOLD. B.K. Behavioral group counseling with socially anxiouts and unassertive college students. *Journal of Counseling Psychology,* 1970, 17, 237-242.

HERSEN.M., EISLER, R.M., & MILLER, P.M. An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behavior Research and Therapy,* 1974, 12, 295-310.

HODGSON, R.J., & RACHMAN, S. An experimental investigation of the implosion techniques. *Behavior Research and Therapy,* 1970, 8, 21-27.

HOLLIS, J.W., & WANTZ, R. A. (EDS.) *Counselor preparation* 1980: Programs, personnel, trends (4th ed.) Muncie, IN: Accelerated Development, Inc., 1980.

HOSFORD, R.E., Behavioral counseling: A contemporary overview. The *Counseling Psychologist,* 1969, 1 (4), 1-32.

JAKUBOWSKI, P., & LANGE, A.J. *The assertive option:* Your rights and responsibilities. Champaign, IL: Research Press, 1978.

KANFER,F.H., & SASLOW, G. Behavioral diagnosis. In C.M.Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status.* New York: McGraw-Hill, 1969.

KAZDIN, A. E., & WILCOXON, L. A. Systematic desensitization and non-specific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin,* 1976, 83, 729-758.

KRASNER, L. The reinforcement machine. In B.G.Berenson & R.R.Carkhuff (Eds.), *Sources of gain in counseling and psychotherapy.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1967.

KRUMBOLTZ, J.D. Behavioral goals for counseling. *Journal of Counseling Psychology,* 1966, 13, 153-159.

KRUMBOLTZ, J. D. Changing the behavior of behavior changers. *Counseling Education and Supervision,* 1967 (Special Issue).

Krumboltz, J. D. & Thoresen, C.E. (Eds). *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1976.

Lafleur, N.K. Behavioral views of counseling. In H. M. Burks, & B. Stefflre. *Theories of counseling* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1979, Chap. 6.

Lange, A. J., & JAKUBOWSKI, P. *Responsible assertive behavior: Cognitive behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL: Research Press, 1976.

Lavin, N. I., Thorpe, J. G., Barker, J. C., Blakemore, C. B., & Conway, C. G. Behavior therapy in a case of transvestism. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 1961, 133, 346-353.

Lindsley, O.R. Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports,* 1956, 5, 118-153.

Mahoney, M.J., Moura, N., & Wade, T. The evaluative efficacy of self - reward, self-punishment, and self - monitoring techniques for weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1973, 40, 404-407.

McCutcheon, B.A., & Adams, H.E. The physiological basis of implosive therapy. *Behavior Research and Therapy,* 1975, 13, 93-100.

Mcfall, R.M., & Lillesand, D. B. Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology,* 1971, 77, 313-333.

Mcfall, R.M., & Twentyman, C.T. Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology,* 1973, 81, 199-218.

Meichenbaum, D. H., & Cameron, R. Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attitudinal controls. *Behavior Therapy,* 1973, 4, 515-534.

Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. Reflection - impulsivity and verbal control of motor behavior. *Child Development,* 1969, 40, 785-797.

Morse, S. J., & Watson, R.I., JR. An introduction to behavior therapy. In S. J. Morse & R.I.Watson, Jr. (Eds.), *Psychotherapies: A comparative casebook.* New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1977, Chap. 15.

Paul, G.L. *Insight vs. desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction.* Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1966.

Phillips, E.L., Phillips. E.S., Fixen, D.L., & Wolf. M. M. Achievement place: Modification of the behaviors of predelinquent boys within a token *economy Journal of Applied Behavior Analysis,* 1971, 4, 45-59.

Rachman, S. Studies in desensitization - II: Flooding. *Behavior Research and Therapy,* 1966, 4, 1-6.

Rathus, S. A. An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 1972, 3, 81-86.

RIMM, D. C. Behavior therapy. In D.C. Rimm & J.W.Somervill (Eds.), *Abnormal psychology*. New York: Academic Press, 1977.

RIMM, D.C., HILL. G.A., Brown, N.N., & Stuart, J.E.Group assertive training in the treatment of expression of inappropriate anger. *Psychological Reports,* 1974, 34, 791-798.

RIMM, D. C., & LITVAK. S. B. Self-verbalization and emotional arousal. *Journal of Abnormal Psychology,* 1969, 74, 181-187.

RIMM, D.C., & MAHONEY, M. J. The application of reinforcement and participant modeling procedures in the treatment of snake - phobic behavior. *Behavior Research and Therapy,* 1969, 7, 369-376.

RIMM, D. C., SAUNDERS. W., & WESTEL. W. Thought - stopping and covert assertion in the treatment of snake phobias. *Journal of Consulting and Chinical Psychology,* 1975, 43, 92-93.

RUSSELL, p. L., & BRANDSMA.J.M. A theoretical and empirical investigation of rational - emotive and classical conditioning theories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 389-397.

RYCHLAK, J. F. *Introduction to personality and psychotherapy* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin, 1981.

SACHS, L.B., BEAN. H., & MORROW. J. E. Comparison of smoking treatments. *Behavior Therapy,* 1970, 1, 465-472.

SKINNER, B.F. *Science and human behavio*r. New York: Macmillan, 1953.

STAMPFL, T. G., & LEVIS, D.J. Implosive therapy - A behavior therapy? *Behavioral Research and Therapy,* 1968, 6, 31-36.

THORESEN, C.E., & COATES. T: J. What does it mean to be a behavior therapist? *The Counseling Psychologist*, 1978, 7 (3), 3-21.

WOLPE.J, *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, CA: Stanford University Press, 1958.

WOODY, R. H. Behavioral counseling: Role definition and professional training. In *The Counseling Psychologist*, 1969, 1 (4), 84-88.

YOUNG, E. R., RIMM. D.C., & KENNEDY. T.D. An experimental investigation of modeling and verbal reinforcement in the modification of assertive behavior. *Behavior Research and Therapy*, 1973, 11, 317-319.

فصل هشتم

BEISSER, A.L., The paradoxical theory of change. In J. Fagan & I. L. Shepherd, *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA.: Science & Behavior Books, 1970.

ELSON, S. E. Recent approaches to counseling: Gestalt therapy, transactional analysis,

and reality therapy. In H. M. Burks, Jr. & B. Stefflre, *Theories of counseling* (3rd ed.) New York: McGraw-Hill, 1979.

Gannon, W. *The effects of the gestalt - oriented group approach on the interpersonal contacl attitudes of selected high school students.* Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, 1972.

Hansen, J. C., Stevic, R. R., & Warer, R. W., JR. *Counseling: Theory and process.* (3rd ed.) Boston: Allyn & Bacon, 1982, Chap. 7.

Kogon, J. The genius of gestalt therapy. In C. Hatcher & P. Himelstein (Eds.), *The handbook of gestalt therapy.* New York: Jason Aronson, 1976.

Levin, L. S., & Shepherd. I. L. The role of the therapist in gestalt therapy. *The Counseling Psychologist*, 1974, 4 (4), 27-30.

Levitsky, A., & Perls. F. S. The rules and games of gestalt therapy. In J. Fagen & L. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now.* Palo Alto, CA.: Science & Behavior Books, 1970.

Lieberman, M., Yalom. I. D., & Miles. M. B. *Encounter groups: First facts.* New York: Basic Books, 1973.

McLuhan, M., & Fiore, Q. *The medium is the message.* New York: Bantam Books, 1967.

Passons, W. R. *Gestalt approaches in counseling.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1975.

Patterson, C. H. *Theories of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York: Harper & Row, 1980, Chap. 12.

Perls, F. S. *Ego hunger and aggression.* New York: Random House, 1969a.

Perls, F. S. *Gestalt therapy verbatim.* Moab, UT.: Real People Press, 1969b.

Perls, F. S. *In and out of the garbage pail.* Moab, UT.: Real People Press, 1969c.

Perls, F. S., Hefferline. R. F., & Goodman. P. *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality.* New York: Julian Press, 1951.

Rader, G. E. Gestalt therapy. In D. C. Rimm & J. W. Somervill (Eds.), *Abnormal psychology.* New York: Academic Press, 1977.

Shepherd, I. L. Limitations and cautions in the gestalt approach. In J. Fagen & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now.* Palo Alto, CA.: Science & Behavior Books, 1970.

Simkin, J. Mary: A session with a passive patient. In I. J. Fagen & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now.* Palo Alto, CA.: Science & Behavior Books, 1970.

Stewart, R. D. The philosophical background of gestalt therapy. *The Counseling psychologist*, 1974, 4 (4), 13-14.

Ward, P., & Rouzer, D. L. The nature of pathological functioning from a gestalt perspective. *The Counseling Psychologist*, 1974, 4 (4), 24-27.

فصل نهم

Barrett, Lennard. G. T., *Dimensions of the client's experience of his therapist associated with personality change.* Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago, 1959.

Barrett, Lennard. C. T., Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs,* 1962, 76, (43, Whole No. 562).

Bergin, A. E. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology,* 1963, 10, 244-255.

Bergin, A. E. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology,* 1966, 71, 235-246.

Carkhuff, R. R., & Berenson, B. G. *Beyond counseling and therapy.* New york: Holt, Rinehart, & Winston, 1967, Chap. 7.

Evans, R. I. *Carl Rogers: The man and his ideas.* New York: E. P. Dutton and Company, 1975.

Garfield, S., & Bergin, A. E. Personal therapy, therapy outcome, and some therapist variables. *Psychotherapy Theory and Practice,* 1971, & 251-253.

Grummon, D.L. Client -centered theory. In H.M.. Burks & B. Stefflre, *Theories of counseling* (3rd ed.). New York: McGraw - Hill, 1979.

Halkides, G. *An experimental study of four conditions necessary for therapeutic change.* Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago, 1958.

Hansen, J. C., Stevic. R. R., & Warner, R. W., JR. *Counseling: Theory and process* (3rd ed.) Boston: Allyn & Bacon, 1982, Chap. 6.

Harren, V. A. The client - centered theory of personality and therapy. In D. C. Rimm & J. W. Somervill, *Abnormal psychology.* New York: Academic Press, 1977, Chap. 17.

Hogan, R. *The development of a measure of client defensiveness in the counseling relationship.* Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago, 1948.

Holdstock, T. L., & Rogers, C. R. Person-centered theory. In R. Corsini (Ed.), *Current personality theories.* Itasca, IL: F.E. Peacock, Publishers, 1977, Chap. 4.

Hollis, J. W., & Wantz, R. A. *Counselor preparation,* 1980: Programs, personnel, trends (4th ed.). Muncie, Ind.: Accelerated Development Press, 1980.

Kirschenbaum, H. *On becoming Carl Rogers.* New York: Dell, 1979.

Kurtz, R. R., & Grummon, D. L. Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1972, 39, 106-115.

Matarazzo, R. G. Research on the teaching and learning of psychotherapeutic skills. In S. L. Garfield & A. E. Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior*

Change (2 nd ed.). New York: John Wiley & Sons, 1978.

MEADOR, B., & ROGERS. C. R. Client - centered therapy. In R. Corsini (Ed.). *Current psychotherapies.* Itasca, IL: F. E. Peacock, Publishers, 1973, Chap. 4.

PATTERSON, C. H. *Theories of conseling and psychotherapy* (3rd ed). New York: Harper & Row, 1980, Chap. 13.

PRICE, R. H. *Abnormal behavior: Perspectives in conflict.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1972.

RASKIN, N. J. An analysis of six parallel studies of the therapeutic process. *Journal of Consulting Psychology,* 1949, 13, 206-220.

PASKIN, N. J. *Studies of therapeutic orientation: Ideology and practice.* Orlando, Fla.: American Academy of Psychotherapists, 1974.

ROGERS, C. R. *Counseling and psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin Co., 1942.

ROGERS, C. R., *Client - centered therapy: Its current practice, implications, and theory.* Boston: Houghton Mifflin, 1951.

ROGERS, C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client - centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol 3). New York: McGraw - Hill, 1959.

ROGERS, C. R. *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin, 1961.

ROGERS, C. R. Client - centered psychotherapy. In A. M. Freedman & H. I. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry.* Baltimore: The Williams and Wilkins Compar-y, 1967.

ROGERS, C. R. *Freedom to learn.* Columbus, OH: Charles E. Merrill, 1969.

ROGERS, C: R., & DYMOND. R. F. EDS. *Psychotherapy and personality change: Coordinated studies in the client - centered approach.* Chicago: The University of Chicago Press, 1954.

ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESLER, D. V., & TRUAX, C. B. *The psychotherapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy of schizophrenics.* Madison, WI: The University of Wisconsin Press, 1967.

TRUAX, C. B., Effective ingredients of psychotherapy: An approach to unravelling the patient - therapist interaction. *Journal of Counseling Psychology,* 1963, 16, 256-263.

TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. Personality change in hospitalized mental patients during group psychotherapy as a function of the use of alternate sessions and vicarious therapy pretraining. *Journal of Clinical Psychology,* 1965, 21, 327-329.

TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R.R. *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice.* Chicago: Aldine, 1967.

TRUAX, C. B., & MITCHELL, K. M. Research on certain therapist interpersonal skills in

relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. Garfield, (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: John Wiley & Sons, 1971.

Truax, C. B., Wargo. D., Frank. J. D., Imber. S. D., Battle, C. C., Hoensaric, R., Nash, E. H., & Stone, A. R. Therapist empathy, genuineness, and warmth and patient therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology,* 1966, 30, 395-401.

فصل دهم

Alden, J. Evaluation in focus. *Training and Development Journal,* Oct., 1978, 46-50.

Alexik, M., & Carkhuff, R. R. The effects of manipulation of client self-exploration upon high - and low - functioning counselors. *Journal of Clinical Psychology,* 1967, 23, 210-212.

Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharrat, S., & Althoff, M. E. Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin,* 1972, 78, 447-456.

Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Vitalo, R. The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin,* 1978, 4, 365-383.

Aspy, D. N. The effect of teacher-offered conditions of empathy, positive regard, and congruence upon student achievement. *Florida Journal of Educational Research,* 1969, 11, 39-48.

Authier, J., Gustafson, K., Guerney, B., & Krasdorf. J. A. The psychological practitioner as teacher. *Counseling psychologist,* 1975, 5 (2), 31-50.

Baker, L. I. *Listening behavior.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice - Hall, 1971.

Berenson, B. G. (ED.). *Belly to belly, back to back: The militant humanism of Robert R. Carkhuff.* Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1975.

Berenson, B. G., & Mitchell. K. M. *Confrontation: For better or worse.* Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1974.

Berenson, D. H., Berenson, S. R., Berenson, B. G., Carkhuff, R. R. Griffith, A. H., & Ransom, B. M. The physical, emotional, and intellectual effects of teaching learning skills to minority group drop - out learners Research Reports, Carkhuff Institute of Human Technology, 1978, 1 (3).

Bucker, L. Joint effect of feedback and goal setting on performance: A field study of residential energy conservation. *Journal of Applied Psychology,* 1978, 63, 428-433.

Cabush, D. W., & Edwards. J. J. Training clients to help themselves: Outcome effects of training college students in facilitative self - responding. *Journal of Counseling Psychology,* 1976, 23, 34-39.

Cannon, J. R., & Pierce, R. M. Order effects in the experimental manipulation of therapeutic conditions. *Journal of Clinical Psychology,* 1968, 24, 242-244.

Carkhuff, R. R. *Helping and human relations*: A *primer for lay and professional helpers* (2 vols.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.

Carkhuff, R. R. Personal communication, November, 1978.

Carkhuff, R. R. *The art of helping IV.* Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1980.

Carkhuff, R. R. *A human technology for human systems in education.* Keynote address to Phi Delta Kappa convention, University of Minnesota, July11, 1980.

Carkhuff, R. R. *Toward actualizing human potential. Amherst*, MA: Human Resource Development Press, 1981.

Carkhuff, R. R. Personal communication, April 28, 1982.

Carkhuff, R. R., & Alexik, M. The differential effects of the manipulation of client self - exploration upon high - and low - functioning counselors. *Journal of Counseling Psychology,* 1967, 14, 350-355.

Carkhuff, R. R., & Anthony, W. A. *The skills of helping: An introduction to counseling skills.* Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1979.

Carkhuff, R.R., & Banks, G. Training as a preferred mode of facilitating relations between races and generations. *Journal of Counseling Psychology,* 1970, 17, 413-418.

Carkhuff, R. R., & Berenson, B. G. *Teaching as treatment: An introduction to counseling and psychotherapy.* Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1976.

Carkhuff, R. R., & Berenson, B.G. *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston, 1977.

Carkhuff, R. R., & Bierman, R. Training as a preferred mode of treatment of parents of emotionally disturbed children. *Journal of Counseling Psychology*, 1970, 17, 157-161.

Carkhuff, R. R., & Pierce, R.M. *The art of helping III: Trainer's guide.* Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1977.

Collingwood. T. R., Douds, A., Williams. H., & Wilson, R. D. *Developing youth resources.* Amherst, MA: Carkhuff Institute of Human Technology, 1978.

Flowers. J. Goal clarity as a component of assertive behavior and a result of assertion training. *Journal of Clinical Psychology*, 1978, 34, 744-747.

Flowers. J., & Goldman. R. Assertion training for mental health paraprofessionals. *Journal of Counseling Psychology,* 1976, 23, 147-150.

Friel, T. *Education and career exploration system: The development of a systematic computer - based, career guidance program.* New York: International Business Machines Corporation, 1972.

Genther, R. W., & Moughan, J. Introverts' and extroverts' responses to nonverbal

attending behavior. *Journal of Counseling Psychology,* 1977, 24, 144-146.

HOLDER, B.T., CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. The differential effects of the manipulation of therapeutic conditions upon high - and low - functioning clients. *Journal of Counseling Psychology,* 1967, 14, 63-66.

IVEY, A. The counselor as teacher. *Personnel and Guidance Journal,* 1976, 54, 431-434.

LAMBERT, M. J., & DE JULIO, S. S. Outcome research in Carkhuff's Human Resource Development training programs: Where in the donut? *The Counseling Psychologist,* 1977; 6 (4), 79-86.

LATHAM, G., & RINNE, S. Improvting job performance through training in goal setting. *Journal of Applied Psychology,* 1974, 59, 187-191.

LEVITT, E. E. Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behavior Research and Therapy,* 1963, 1, 45-51.

LEWIS, W. W. Continuity and intervention in emotional disturbance: A review. *Exceptional Children,* 1965, 31, 465-475.

MEGATHLIN, W., & PORTER, T. *The effects of facilitative training provided correctional officers stationed at the Atlanta Federal Penitentiary.* Washington, DC: U.S. Department of Justice, 1969.

MEHRABIAN, A. *Nonverbal communication.* New York: Aldine-Atherton, 1972.

PIAGET, G., BERENSON, B. G., & CARKHUFF, R. R. The differential effects of the manipulation of therapeutic conditions by high and low - functioning counselors upon high - and low - functioning clients. *Journal of Consulting Psychology,* 1967, 31,481- 486.

PIERCE, R. R., CARKHUFF. R. R., & BERENSON, B. G. The differential effects of high - and low - functioning counselors. *Journal of Clinical Psychology,* 1967, 23, 212-215.

PIERCE, R. M., & DRASGOW, J. Teaching facilitative interpersonal functioning to psychiatric inpatients. *Journal of Counseling Psychology,* 1969, 16, 295-298.

REED, S., ROBERTS, M., & FOREHAND, R. Evaluation of effectiveness of standardized parent training programs in altering the interaction of mothers and noncompliant children. *Behavior Modification,* 1977, 1, 323-350.

ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology,* 1957, 22, 95-103.

ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESLER, D., & TRUAX, C. B. *The therapeutic relationship and its impact.* Madison, WI: The University of Wisconsin Press, 1967.

SHILLING. L. E. *The differential effects of two small - group training procedures on the acquisition of interpersonal communication skills and the extinction of*

interpersonal anxiety. Unpublished doctoral dissertation. The University of Georgia, Athens, Georgia, 1970.

SHILLING, L. E. Implementing humane technology: Short-term training for teachers. *Journal of Educational Research,* 1976, 69, 193-198.

SMITH, D. L. Goal attainment scaling as an adjunct of counseling. *Journal of Counseling Psychology,* 1976, 23, 22-27.

SPRINTHALL, N., & MOSHER, R. L. Psychological education: A means to promote personal development during adolescence. *The Counseling Psychologist,* 1971, 2 (4), 3-84.

TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. *Toward effective counseling and psychotherapy,* Chicago: Aldine, 1967.

VALLE, S. K., & MARIENALLI, R. P. Training in human relation skills as a preferred mode of treatment for married couples. *Journal of Marriage and Family Counseling,* 1975, 1, 359-365.

VITALO, R. Teaching improved interpersonal functioning as a preferred treatment. *Journal of Clinical Psychology,* 1971, 27, 166-170.

WALKER, R. A. The ninth panacea: Program evaluation. *Evaluation*, 1972, 1(1), 45-53.

WILLER, B., & MILLER, G. On the relationship of client satisfaction to client characteristics and outcome of treatment. *Journal of Clinical Psychology,* 1978, 34, 157-160.